Oliviu Pascu

INDRUMĂTOR PRACTIC DE ENDOSCOPIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ

DACIA

OLIVIU PASCU

ÎNDRUMĂTOR PRACTIC DE ENDOSCOPIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ

EDITURA DACIA CLUJ-NAPOCA 1982

Scanned with OKEN Scanner

Redactor: FELICIA TEODOR
Tehnoredactor: CONSTANTIN RUSU

Apărut: 1982. Bun de tipar: 16.07.1982. Comanda nr.: 2240
Coli de tipar: 6,50+8 pl. Hîrtia: velină 70 g/mp. Format: 61×86/16.

Tiparul executat sub comanda nr. 247
la Întreprinderea Poligrafică Cluj, Municipiul Cluj-Napoca
B-dul Lenin nr. 146.
Republica Socialistă România

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚA

În acești ani s-a încheiat un secol de la primele încercări de gastroscopie, temerare și modeste, handicapate de intoleranța bolnavilor din cauza rigidității tubului și de imaginile discutabile din cauza problemelor tehnice de optică și iluminare. Aparatul semiflexibil al lui Schindler și Wolf a marcat mult mai tîrziu vîrsta clasică a endoscopiei digestive descendente. Epoca de aur a acesteia s-a deschis însă abia recent, ca urmare a aplicării unei idei cu adevărat epocale, de către Hirschowitz, cea a fibroscopiei. Flexibilitatea instrumentului și calibrul mic, perfecționarea tuturor sistemelor tehnice introduse în construcție, au asigurat utilizarea largă și excelența imaginii endoscopice. Cu această condiție, asistăm în prezent la una din cele mai uimitoare explozii exploraționiste în medicină, a doua după cea radiologică.

Gastroenterologia modernă nici n-ar fi fost posibilă fără performanțele endoscopiei, ale celei proximale, descendente, ca și ale celei distale, ascendente. Problemele cele mai numeroase și poate mai complicate le implică eso-gastro-duodenoscopia, extinsă prin explorarea de contrast, cu colangio-pancreatografia retrogradă, și extrapolată de la diagnostic la tratament grație procedurilor hemostatice locale și aplicațiilor paliative oncologice. Endoscopia digestivă are azi statutul unei noi specialități de mare prestigiu. Ei îi datorăm o concepție îndrăzneață și optimistă privind recunoașterea și eradicarea bolii, care atinge punctul de vîrf în veleitatea diagnosticului de „cancer precoce" și află adevărata măsură în realitatea vindecării lui.

Scanned with OKEN Scanner

Concomitent cu mirajul — pe deplin întemeiat — al metodei, ne confruntăm însă cu limitările obiective inevitabile ale utilizării sale. Diversitatea aparaturii și tendința de reducere a prețului de cost „democratizează" tot mai mult endoscopia și o aduce tot mai aproape de om. Experiența acumulată în formarea de cadre specializate a creat și metodologia de instruire adecvată. Putem înțelege dar proliferarea extrem de rapidă a punctelor și a serviciilor complexe interdisciplinare unde explorarea se practică sistematic.

Dincolo de satisfacția imediată a unui diagnostic anatomic care depășește performanțele oricărei alte metode, endoscopia digestivă este tentată în prezent de reușite mult mai spectaculare. După „experiența japoneză", care a demonstrat posibilitatea ridicării ratei de supraviețuire la 5 ani pînă la aproape 90% în cancerul gastric, a prins contur tot mai net ideea unei „gastroenterologii preventive". Perspectivele nu sînt mai modeste nici în aria colorectală, care — într-un model mai eficientist — cunoaște o asemenea invitație: „The annual procto, your lifeline to longevity".

Pe lîngă problematica oncologică, rămîn încă deschise atîtea domenii care prin endoscopie își pot găsi o soluționare optimă. Ceea ce reprezenta, de exemplu, „dispepsia Rx-negativă" din medicina începutului de secol, s-a dovedit în baza investigației anatomice in vivo *a reprezenta o diversitate de alterații, altfel deplin ignorate. Mai mult, colangiografia și pancreatografia retrogradă au adus o gîndire radical nouă.*

Aplicațiile terapeutice s-au dovedit, la rîndul lor, la fel de surprinzătoare. Beneficiază de ele în primul rînd hemoragiile digestive superioare și hemostaza endoscopică prin LASER rămîne probabil deocamdată cea mai fascinantă, deși nu este singura care dă satisfacții. Polipectomia endoscopică s-a impus de asemenea ca o soluție excelentă — alternativă preferabilă tehnicilor chirurgicale — datorită minimei sale invazivități

Scanned with OKEN Scanner

(dacă nu chiar lipsei efective de invazivitate). Profilarea abia schițată, se va accentua probabil cu timpul: endoscopia diagnostică și cea terapeutică, endoscopia medicală și cea chirurgicală. Dar pînă atunci, rămînem la statutul unei endoscopii digestive „generale", acolo unde nu s-a realizat diferențierea topografică în endoscopie gastrică și în cea proctologică.

Clinica Medicală III din Cluj-Napoca s-a bucurat de privilegiul unei dotări de calitate în acest domeniu, datorită preocupărilor recunoscute față de cercetarea și asistența gastroenterologică imprimate de maestrul nostru, Octavian Fodor. În climatul unei riguroase exigențe științifice, cu obsesia confruntării permanente a rezultatului — favorizate de conlucrarea apropiată cu o clinică chirurgicală de prestigiu — endoscopia digestivă a putut fi valorificată și dezvoltată. Doctorul Oliviu Pascu, autorul cărții de față, răspunde de sectorul investigației endoscopice la nivelul segmentului proximal al tractului digestiv. Experiența directă extrem de bogată în cazuistică și probleme, i-a dat posibilitatea conturării unor contribuții proprii la tot ceea ce asimilase anterior. Solicitările din partea a numeroși medici pentru introducerea în metodologia și semiologia endoscopică au precipitat și elaborarea unui „îndreptar", de fapt a unui ghid accesibil și explicit.

Este tocmai obiectivul pe care și-l propune acum. Procedînd sistematic, autorul conduce pe cititor și pe studios într-un demers cognitiv soldat cu un însemnat plus în informații și concepție. Abordînd succesiv esofagoscopia, gastroscopia și duodenoscopia, respectă același model de expunere dictat de necesități pedagogice cu descrierea metodologiei de examinare, a semiologiei normale și apoi a celei patologice. Structurarea acestei ultime părți—natural, și cea mai extinsă — se face după criteriul semnificației și ponderei clinice. Elementele descriptive de diagnostic pozitiv sînt completate de o analiză comparatistă foarte lucidă, urmărind diferențierea tuturor leziunilor po-

Scanned with OKEN Scanner

sibile. Iconografia este excelent selectată și edificatoare, constituind o anexă-atlas la care se pot face reveniri în repetiție. Prin includerea lucrării în planul său editorial, Editura Dacia reușește o semnificativă premieră pentru cartea românească de medicină.

prof. dr. doc. D. DUMITRAȘCU

Scanned with OKEN Scanner

CUVÎNT ÎNAINTE

Datorită progreselor tehnice deosebite, în ultimii 10 ani endoscopia a devenit o metodă de explorare foarte utilă, de multe ori indispensabilă și, în același timp, un mijloc de cunoaștere care a permis schimbări în concepția noastră despre unele îmbolnăviri, înțelegerea unor mecanisme și modificarea atitudinii terapeutice în cîteva afecțiuni digestive.

Aportul diagnostic deosebit a făcut ca tot mai mulți medici, tot mai multe servicii, de interne sau chirurgie, să dorească să beneficieze de posibilitățile de explorare pe care le oferă endoscopia.

Practicată la început de cîțiva entuziaști, priviți cu îngăduință, apoi cu respect și în prezent suprasolicitați, endoscopia cîștigă pe zi ce trece noi adepți, tot mai multe aparate sînt achiziționate.

Dar, pentru practicarea endoscopiei nu este suficientă doar aparatura. Examinarea este ușor de suportat, pare ușor de executat, dar, pentru obținerea unor performanțe corespunzătoare este nevoie, în primul rînd, de specialiști calificați. Se impune formarea lor într-un timp cît mai scurt.

Lucrarea de față urmărește tocmai acest scop. Bazată pe experiența proprie (peste 14 ani, peste 15.000 de endoscopii), cartea a fost concepută ca o combinație de îndrumător și atlas, urmărind redarea cît mai succint și mai clar a noțiunilor de primă necesitate în formarea unui endoscopist și a imaginilor celor mai caracteristice, reprezentative, a principalelor afecțiuni întîlnite în practica de zi cu zi. Nu au fost incluse capitole de patogeneză, de fiziopatologie sau de tratament. Cele cîteva date subiective care figurează la începutul fiecărei afecțiuni, dorind să atragă atenția asupra necesității unei scurte anamneze înaintea oricărei endoscopii.

Scanned with OKEN Scanner

Ordonarea afecțiunilor nu a respectat înșiruirea obișnuită întîlnită în tratatele de gastroenterologie, ci pe cea practică, determinată de frecvența și importanța îmbolnăvirii, așa cum o întîlnim într-un serviciu de endoscopie. Așa se explică de ce esofagita de reflux este prima afecțiune descrisă la esofag, cancerul gastric la stomac și ulcerul la duoden.

Datele teoretice fiind puține, nici încărcarea bibliografică nu este mare. Cele cîteva cărți citate constituie o indicație de completare a informațiilor.

O primă lucrare de acest fel va avea desigur destule capitole ce vor putea fi completate sau altele ce vor putea fi incluse. Sînt deziderate ce depășesc cadrul unui îndreptar practic care dorește doar să ajute la formarea și perfecționarea rapidă a unor specialiști într-un domeniu în plină expansiune.

În perspectiva următorilor ani, am vedea extrem de bine venită editarea unui volum cuprinzător, amplu ilustrat, care să ofere endoscopiștilor din țara noastră acea carte de temelie pe care atîtea alte specialități și-au dobîndit-o în bibliografia românească. Abia atunci vom putea începe să măsurăm în timp tradiția cărții de endoscopie la noi. Dar cum *„habent sua fata libelli“*, și acest îndreptar de început își va putea aduce, nădăjduim, o contribuție la îndeplinirea programului de sănătate al acestei epoci de extraordinar avînt.

Dacă semiologia endoscopică cunoaște deja o mare diversitate, și mai complexe sînt problemele interpretării sale diagnostice. Aici apare decisivă analiza histologică a materialului prelevat și nu rareori clarificarea o datorăm doar unei urmăriri dinamice. La ce servesc atunci asemenea eforturi? Ne-o atestă experiența acumulată. Endoscopia se cere însă tot mai mult înscrisă unei veritabile strategii, ca un moment — este adevărat, determinant foarte adesea — integrat altor investigații și cu deosebire unui raționament lucid.

Editurii Dacia i se cuvin cele mai vii mulțumiri pentru receptivitatea față de o problemă atît de importantă pentru noi medicii și pentru strădania reușitei volumului.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Prefață 5
Cuvînt înainte 9
Aparatura 13
Indicațiile și contraindicațiile endoscopiei 21
Metodologia examinării 24

ESOFAGOSCOPIA 31
Esofagul normal 31
Semiologia leziunilor esofagiene 32
Esofagita de reflux 36
Esofagul Barrett 38
Hernia hiatală 39
Achalazia 40
Spasmul esofagian difuz 41
Cancerul esofagian 42
Tumorile benigne 43
Diverticulii esofagieni 44
Varicele esofagiene 45
Sindromul Mallory—Weiss 46

GASTROSCOPIA 47
Stomacul normal 47
Cancerul gastric 49
Cancerul gastric incipient (timpuriu) 50
Cancerul gastric avansat 57
Ulcerul gastric 63
Gastritele 67
Eroziunile gastrice 70
Polipii gastrici 71
Tehnica polipectomiei 74
Tumorile benigne gastrice 76

Scanned with OKEN Scanner

Diverticulii gastrici 77
Boala Hodgkin 77
Stomacul operat 78
Gastrita de bont 80
Firele restante 81
Ulcerul peptic postoperator 82
Cancerul de bont 83

DUODENOSCOPIA 85
Metodologia examinării 85
Ulcerul duodenal 86
Duodenitele 92
Cancerul duodenal 92

HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE 94
Bibliografie 101

Scanned with OKEN Scanner

APARATURĂ

Prin endoscopie se înțelege examinarea „pe dinăuntru" a organelor cavitare. Endoscopia digestivă superioară definește explorarea vizuală, din interior, a esofagului, stomacului și duodenului.

Endoscopia modernă presupune folosirea, în scopul explorării, a aparatelor confecționate din fibre de sticlă, a *fibroscoapelor*. Pentru funcționarea unui serviciu de endoscopie sînt necesare: aparatele de endoscopie (fibroscoape), sursa de lumină, pompa de aer-apă, pense de biopsie, periuțe de citologie, adaptator didactic pentru examinare concomitentă și instruire, instrumentar de curățire a aparatului, aspirator, aparate de fotografiere și eventual cinematografiere.

Endoscoapele produse de diferite firme (ACMI, OLYMPUS, MACHIDA, FUJINON etc.) au caracteristici comune și pot fi împărțite în următoarele categorii:

1. După modul așezării sistemului optic distal:

a. Cu privire laterală (fig. 1);

b. Cu privire axială (fig. 2);

c. Cu sistem optic schimbabil-lateral, frontal.

Pentru examinarea zilnică, obișnuită, eficientă, a unui număr mare de cazuri, într-un serviciu de endoscopie este indispensabilă existența unui aparat cu privire axială (frontală, progradă), cu lungime de 100—110 cm, aparat ce se cunoaște sub denumirea de *Panendoscop*. Cu el se pot executa, în aceeași ședință, esofagoscopia, gastroscopia și duodenoscopia.

Aparatul cu privire laterală servește pentru examinarea și biopsierea mai facilă a unor leziuni de la nivelul corpului gastric, imediat sub cardie sau pe fețele stomacului, pentru examinarea regiunii papilare și explorarea colangiografică retrogradă (la duodenoscoape).

Scanned with OKEN Scanner

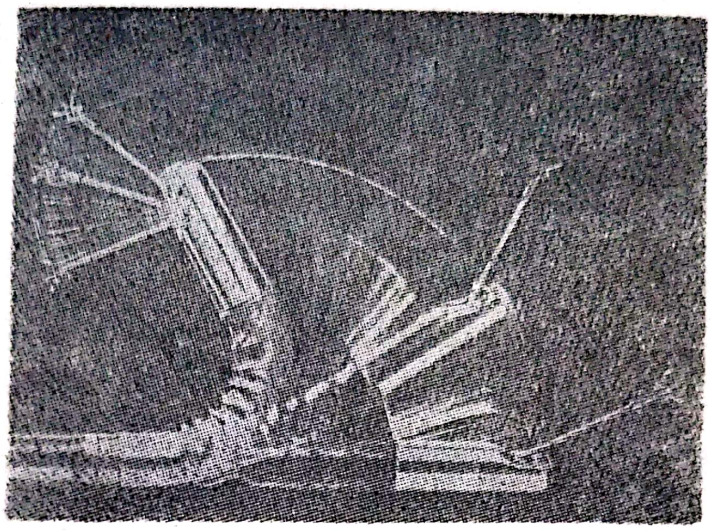


Fig. 1. Aparat cu privire laterală

Aparatele cu privire schimbabilă sînt foarte sensibile și se defectează ușor. Sînt mai rar utilizate.

2. După mobilitatea capului (vîrfului):

a. Într-o singură direcție;

b. În două direcții.

Majoritatea fibroscoapelor actuale se pot mișca în două direcții: sus-jos și dreapta-stînga, iar prin combinarea acestora, vîrful este deplasabil în orice direcție. Pentru a permite o bună

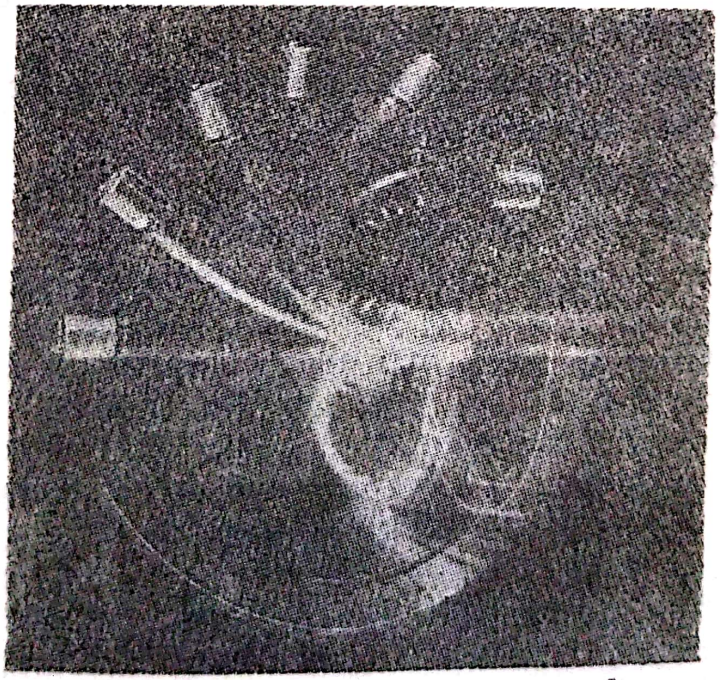


Fig. 2. Aparat cu privire axială. Panendoscop

Scanned with OKEN Scanner

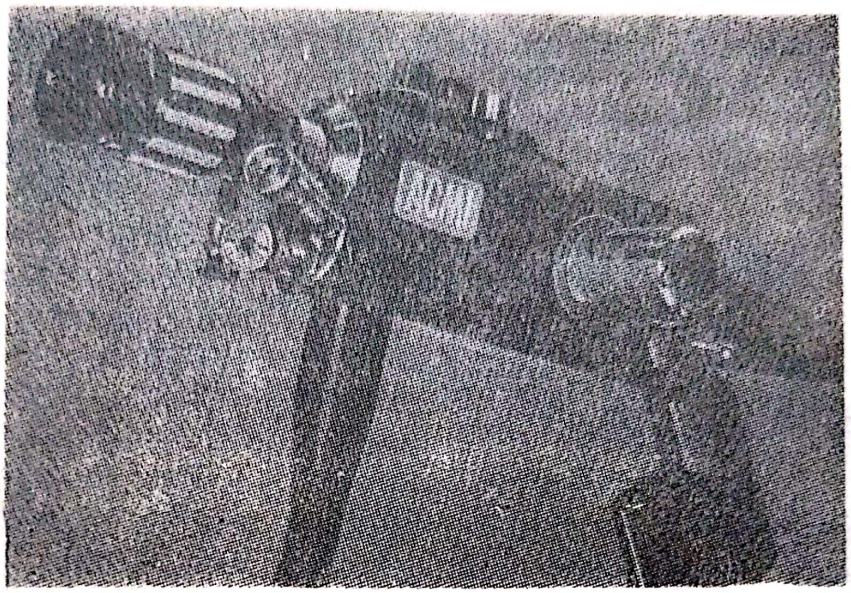


Fig. 3. Fibroscop cu manetă unică (ACMI—F8)

examinare, îndeosebi prin retroviziune, este necesar ca cel puțin o direcție să aibă unghiul de deplasare de 180°. Lungimea vîrfului mobil variază după construcția aparatului și după firmă, în general este între 5 și 10 cm. Cele cu vîrful mai scurt permit întoarcerea într-un spațiu mai restrîns și au deci o manevrabilitate mai ușoară.

Mecanismul de mobilizare a capului poate fi reprezentat de o manetă unică ca la aparatele ACMI-F8 sau prin două rotițe, una pentru fiecare direcție, cu posibilitate de deplasare continuă, sau cu blocare și deplasare pas cu pas (ACMI Tx, OLYMPUS). Aparatele cu manetă unică sînt foarte ușor de manevrat dar necesită folosirea ambelor mîini. Cele cu rotițe folosesc modelul japonez al utilizării mîinii stîngi. De obicei rotița exterioară este pentru direcția dreapta-stînga iar cea interioară, mai mare, pentru direcția sus-jos (fig. 3 și 4).

3. După grosimea aparatului:

- aparate standard cu grosimea de 12 mm;
- aparate subțiri (small) cu grosimea de 9,5 mm, utilizate atît în pediatrie cît și în examinarea adultului.

4. După posibilitățile de biopsiere:

- aparate cu canal unic pentru pensa de biopsie, peria de citologie și ansa de polipectomie sau pensa de recuperare a polipilor.
- aparate cu canal dublu — endoscoape operatorii — cu posibilitatea utilizării concomitente a ansei de polipectomie și

Scanned with OKEN Scanner

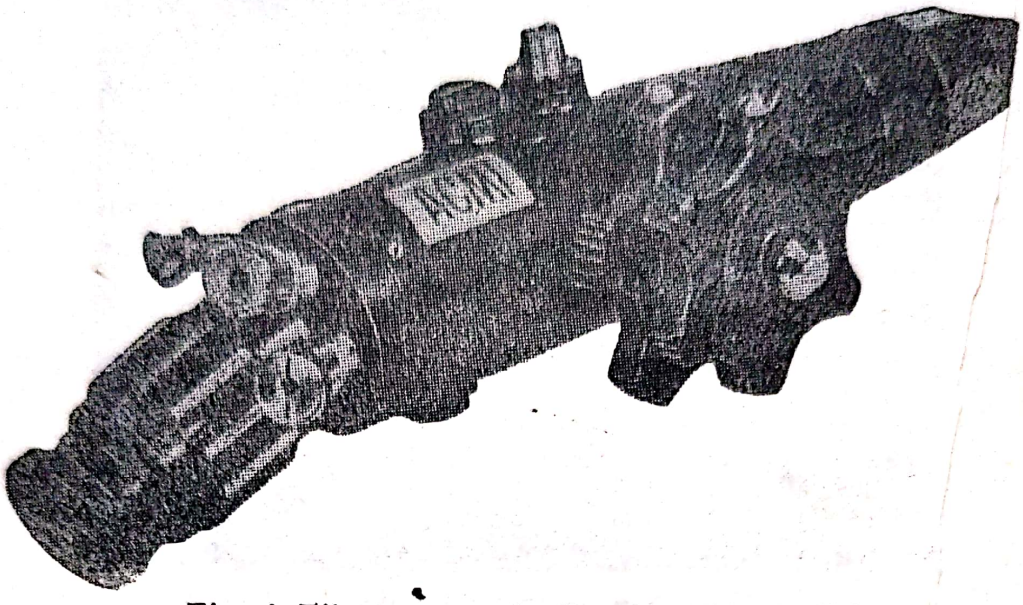


Fig. 4. Fibroscop cu două rotițe (ACMI—Tx)

a pensei de recuperare a polipului sau a pensei de biopsie (fig. 5).

5. După destinație:

a. Esofagoscop;

b. Gastroscop;

c. Duodenoscop;

d. Panendoscop.

Diferența între aceste aparate constă în lungime, orientarea sistemului optic și grosimea aparatului. Esofagoscopul are obligatoriu privirea axială, iar duodenoscopul necesită o lungime mai mare de 110 cm, este de grosime mai mică și cu privire

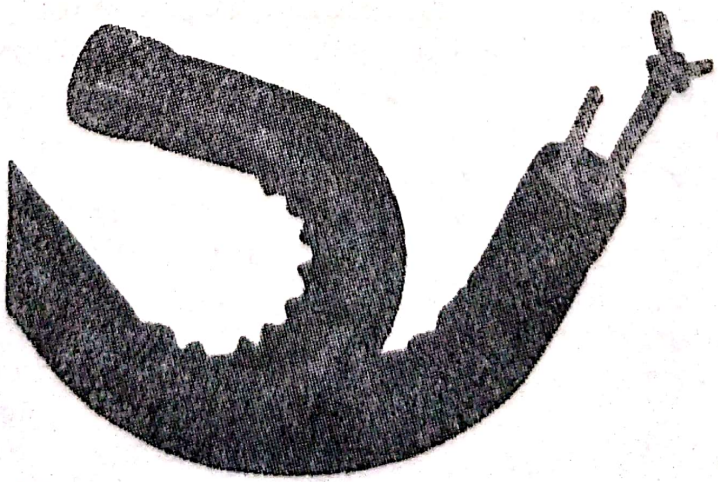


Fig. 5. Endoscop operator (cu două canale)

Scanned with OKEN Scanner

laterală. Panendoscopul are privire axială și cel puțin 100—110 cm, poate fi de calibru normal sau mai mic. Gastroscopul poate fi atît cu privire laterală cît și cu privire axială. De remarcat că la aparatele cu privire laterală există și un dispozitiv de mișcare a pensei de biopsie în cîmpul optic.

În afară de aceste aparate, în ultimul timp au apărut endoscoape măritoare care dau posibilitatea examinării amănunțite, ca prin lupă, a leziunilor. De asemenea, s-au construit aparate ce utilizează razele Laser sau au adaptat un transductor pentru sonografie intragastrică.

Din experiența proprie ca și din a altor centre, pentru utilizare obișnuită într-un serviciu de endoscopie este suficient Panendoscopul cu privire axială, aparat ce permite explorarea succesivă a esofagului, stomacului și duodenului.

Este recomandabil ca într-un serviciu de endoscopie să existe un singur tip de aparate (aparținînd aceleiași firme), fapt ce ușurează adaptarea mai multor feluri de aparate (esofagoscoape, gastroscoape cu privire laterală, duodenoscoape) la aceeași sursă de lumină și utilizarea aceluiași set de pense, aceluiași aparat de fotografiat etc.

Sursa de lumină (fig. 6). Capacitatea fibrelor de sticlă de transmitere a luminii și imaginii a permis folosirea unor surse de lumină exterioare aparatului, cu eliminarea efectului caloric, de unde și denumirea de aparate cu lumină „rece“ (spre deosebire de vechile aparate cu beculeț în vîrf — aparate cu lumină „caldă“). Pentru examinarea endoscopică obișnuită este

Fig. 6. Sursă de lumină

Scanned with OKEN Scanner

suficientă sursa de lumină de 150 w (95 A—ACMI). Sursele mai puternice (300 w) sînt însă necesare pentru fotografierea și cinematografierea imaginii. Sursele de lumină mai mici sînt mai puțin obositoare, mai ales dacă se fac mai mult de 2—3 examinări pe zi. Această sursă nu necesită nici timp de latență pentru încălzire și de aceea este superioară surselor puternice, permițînd explorarea rapidă a multor bolnavi, în serie.

Pompa de aer. Insuflarea de aer este necesară pentru a forma din cavitățile virtuale (esofag, stomac, duoden) cavități reale și a realiza o distanță minimă (de aproximativ 2 cm) între lentila aparatului și peretele organului, distanță obligatorie pentru o examinare corectă și o vizibilitate corespunzătoare. Există mai multe tipuri de pompe de aer, de la cele manuale la cele automate, separate sau incluse în sursa de lumină, și pînă la aparatele de insuflat aer/apă moderne existente în momentul de față pe piață (ACMI—710 A) (fig. 7).

Sursa de aspirație este necesară atît pentru explorare (aspirarea sucului, a secrețiilor), cît și pentru întreținerea aparatului. Există pompe de aspirație de construcție specială (Bioptomat) sau aparatul poate fi adaptat la sistemul de aspirație al spitalului sau la pompa de vid.

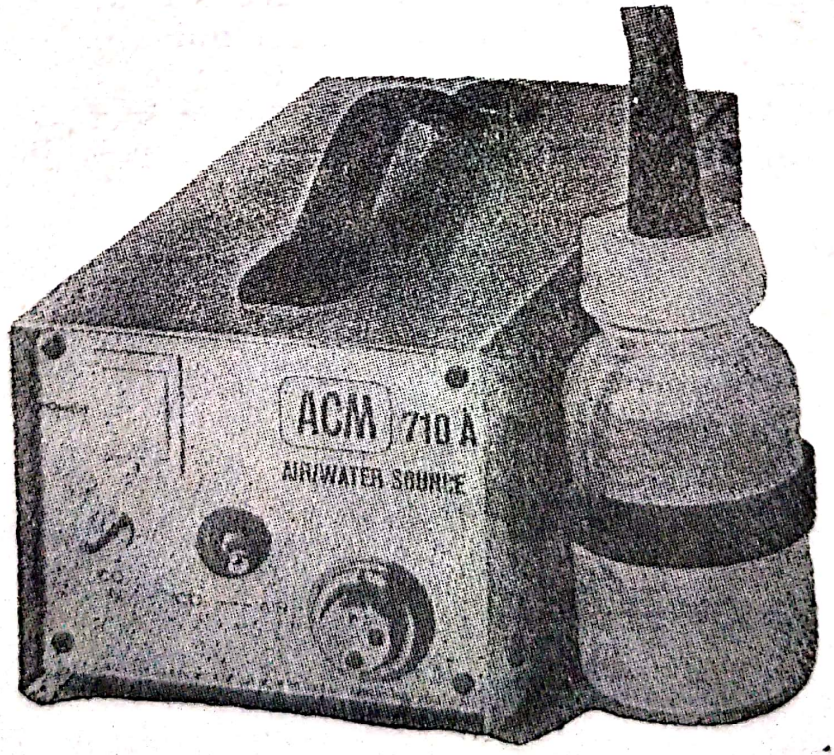


Fig. 7. Pompă aer/apă

Scanned with OKEN Scanner

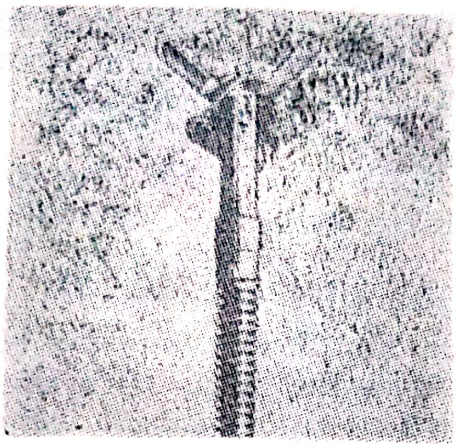


Fig. 8. Pensă de biopsie

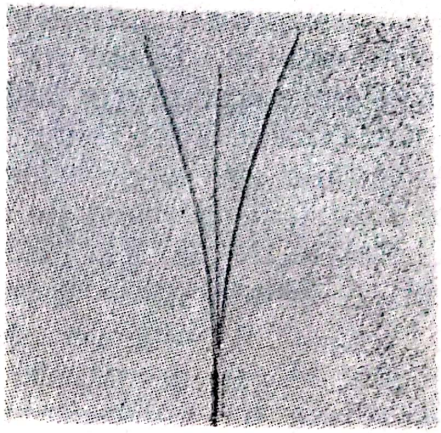


Fig. 9. Pensă recuperatoare de polipi

Pensele de biopsie. Există mai multe tipuri de pense de biopsie: cu zimți, cu „baionetă" centrală, destinate obținerii de fragmente bioptice mai mici sau mai mari, pentru extragerea corpilor străini, pentru recuperarea polipilor etc. Pentru uzul curent este necesară pensa cu ac central care permite biopsierea de fragmente satisfăcătoare, din zona precis aleasă și cu profunzime corespunzătoare prin împiedecarea alunecării acesteia pe mucoasă (fig. 8, 9).

Periuțe pentru citologie exfoliativă. Sînt niște periuțe circulare situate la vîrful unui mandren metalic și care se introduc prin canalul de biopsie, iar prin rotire circulară pe leziune recoltează material pentru examen citologic (fig. 10).

Instrumentul de măsurare (fig. 11) este o tije de plastic care se termină în unghi drept și care venind în cîmpul vizual permite măsurarea diametrului diverselor leziuni, deoarece por-

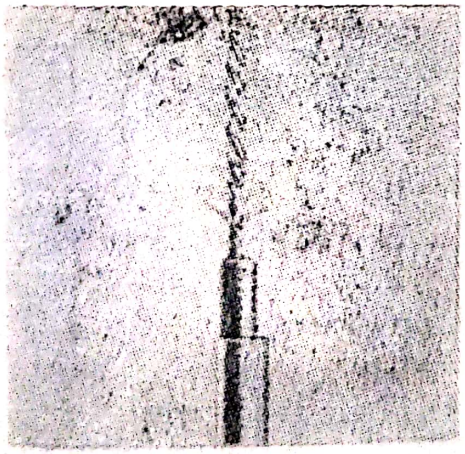


Fig. 10. Periuță de citologie

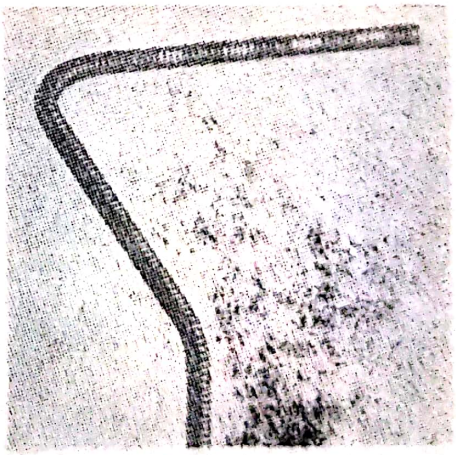


Fig. 11. Instrument de măsurare

Scanned with OKEN Scanner

țiunea transversală este divizată într-o succesiune de zone albe și negre care au dimensiuni știute. Măsurarea leziunii este posibilă și prin apreciere față de deschiderea pensei de biopsie dacă cunoaștem dimensiunile exacte ale acesteia.

Aparatele de *fotografiere și cinematografiere* sînt de mai multe tipuri, în general de construcție japoneză (ASAHI PENTAX, CHINON, OLYMPUS), au expunere automată. De remarcat că există piese intermediare pentru adaptarea aparatelor fotografice valabile pentru un tip de fibroscoape, și care nu se pot folosi la aparate construite de firme diferite.

Aparatele de polipectomie folosesc endoscoapele obișnuite dar care trebuie să aibă un sistem de împământare. Este necesară o sursă (generator) de curent de înaltă frecvență, precum și anse de polipectomie și pense de recuperare a polipilor. Există, de asemenea, electrozi pentru electrocoagulare (fig. 12).

Adaptatorul didactic este un aparat care se atașează ocularului endoscopului și permite examinarea concomitentă de către două persoane. Fiind din fibre de sticlă, este mobil, însă reduce din luminozitatea cîmpului și imaginea nu este panoramică ca la endoscop. Este foarte util pentru instruire (fig. 13).

Pentru creșterea duratei de utilizare a aparatelor este necesară o îngrijire atentă, curățirea după fiecare utilizare și păstrarea corectă a acestora. Pentru păstrare se indică folosirea unor dulapuri în care endoscoapele să stea atîrnate sau a unor sertare în care vor fi culcate. Nu se păstrează în cutiile în care au fost livrate căci li se accentuează curburile, iar așezarea repetată în aceste recipiente favorizează ruperea fibrelor.

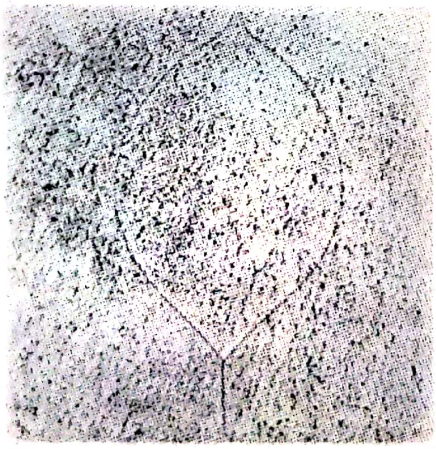


Fig. 12. Ansă de polipectomie

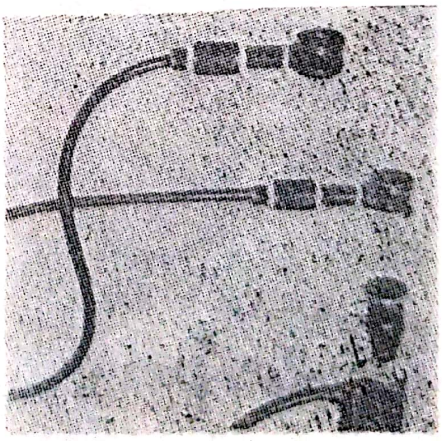


Fig. 13. Adaptator didactic

Scanned with OKEN Scanner

INDICAȚIILE ȘI CONTRAINDICAȚIILE ENDOSCOPIEI

Endoscopia este ușor suportată de bolnavi și practic nu există contraindicații pentru efectuarea ei. Indicațiile *esofagoscopiei* sînt următoarele:

1. În toate cazurile de sindrom esofagian, ca primă examinare sau după examenul radiologic;
2. În toate stenozele esofagiene, de obicei după examenul radiologic, endoscopia aducînd date prețioase pentru diagnostic și conduita terapeutică;
3. În achalazie. Examinarea constituie, prin ea însăși, un test diagnostic;
4. În tumorile esofagiene, de toate tipurile, benigne sau maligne;
5. În hepatitele cronice și cirozele hepatice pentru depistarea varicelor esofagiene;
6. În angina pectorală, mai ales dacă se manifestă prin arsuri jos situate, pentru excluderea esofagitei de reflux și a herniei hiatale care pot constitui cauza simptomatologiei;
7. În diverticuloza esofagiană;
8. În toate colagenozele, dar îndeosebi în sclerodermie și dermatomiozită;
9. În micozele bucale, care pot fi complicate cu micoze esofagiene;
10. În hemoragiile digestive superioare;
11. În cancerul gastric al polului superior pentru aprecierea prinderii esofagului.

Gastroscopia este indicată în:

1. Toate sindroamele dispeptice care nu au expresie radiologică;

Scanned with OKEN Scanner

2. Toate hemoragiile digestive superioare, de preferință în urgență, dar și în afara hemoragiei sau chiar la distanță de aceasta;

3. Toate ulcerele gastrice, indiferent de comportamentul clinic, de aspectul radiologic sau de statusul secretor. Biopsia este obligatorie indiferent de aspectul endoscopic;

4. În cancerele gastrice, chiar avansate și diagnosticate radiologic, căci uneori se pot descoperi tumori benigne sau alte boli (Hodgkin, limfoame, Crohn). Este utilă pentru aprecierea dimensiunilor intragastrice ale tumorii;

5. Anemiile pernicioase și aclorhidriile histamino-refractare vor fi examinate endoscopic și apoi urmărite periodic;

6. Polipii gastrici cu biopsie și polipectomie obligatorie dacă este posibil;

7. Orice modificare radiologică de relief, peristaltică, de umplere, cu biopsie obligatorie a oricărei modificări constatate endoscopic;

8. Gastritele de orice tip, indiferent de mijlocul prin care au fost diagnosticate anterior (secretor, radiologic, biopsii oarbe, clinic) trebuiesc controlate endoscopic și biopsiate;

9. Stomacul operat în cazul că bolnavii prezintă simptome dispeptice sau modificări radiologice și în toate cazurile de stomac operat la care rezecția s-a făcut cu mai mult de 10 ani înainte. Acestea din urmă vor fi examinate periodic.

Duodenoscopiile sînt indicate în următoarele situații:

1. Toate sindroamele dispeptice de tip ulceros pentru eventuala depistare a ulcerului duodenal;

2. Toate ulcerele duodenale cunoscute pentru stabilirea prezenței actuale a ulcerului;

3. Toate modificările radiologice ale bulbului duodenal, indiferent dacă sînt sau nu simptomatice pentru stabilirea substratului acestor modificări;

4. Se va urmări endoscopic vindecarea (cicatrizarea) ulcerului mai ales în cazurile de discordanță clinico-radiologică sau pentru testarea eficienței unui mijloc terapeutic;

5. În cazul de suspiciuni de tumori duodenale;

6. Toate insuficiențele evacuatorii pentru diagnosticul corect al stenozelor pilorice sau duodenale, benigne sau maligne;

7. Hemoragiile digestive superioare, cu atenție deosebită la regiunile genunchiului superior și a porțiunii a doua a duodenului.

Scanned with OKEN Scanner

Există unele stări care pot constitui *contraindicații* temporare ca: starea astmatică și infarctul recent cu tulburări de ritm. După scoaterea bolnavului din starea astmatică și trecerea perioadei critice a infarctului, examinarea devine posibilă; epilepsia cu crize frecvente poate constitui o contraindicație relativă. Sedarea puternică o poate face posibilă.

Nu constituie contraindicații: vîrsta, cifoscoliozele sau alte deformări toracice, starea de șoc hemoragic, bolile de inimă cu tulburări de ritm.

În activitatea noastră (peste 15.000 de gastroscopii) nu am avut nici *o complicație*.

Scanned with OKEN Scanner

METODOLOGIA EXAMINĂRII

1. *Pregătirea bolnavului.* Examinarea endoscopică este destul de ușor suportată de bolnav chiar fără nici un fel de pregătire generală sau locală. Acest procedeu este folosit în unele servicii și este necesar la unii bolnavi. Ne referim la bolnavii ambulatori, care se deplasează cu automobilul ca și la cei la care există contraindicații ale premedicației.

Un minimum de pregătire generală și locală crește însă confortul explorării și face examinarea mai ușor suportată de către bolnav. Pentru pregătirea generală, folosim ca premedicație administrarea, în injecții intramusculare, cu 30 minute înaintea explorării, a unei fiole de Atropină și a unei fiole de Diazepam. Din observațiile noastre spasmele esofagiene, undele peristaltice și secreția sînt mai reduse la bolnavii la care s-a administrat Atropina. În caz de necesitate, de explorare rapidă, administrarea medicamentelor se poate face i.v. De regulă însă, cînd există mai mulți bolnavi pentru examinare, li se face administrarea intramusculară la toți și apoi explorarea endoscopică. Bolnavii cu hemoragii digestive superioare nu necesită premedicație, mai ales cei cu hemoragii medii sau grave, care sînt parțial șocați.

În unele situații (copii, epileptici, explorarea în sala de operație) endoscopia se poate executa în anestezie generală.

Local se folosesc spreyuri care au la bază lidocaina, pentru anestezie faringiană (Stomacain, Gingicain, Lidocain).

2. *Poziția bolnavului — introducerea aparatului.* Bolnavul va fi examinat în decubit lateral stîng, dacă situația o permite. La bolnavii în sevicii de reanimare sau bolnavii cu deformări toracice mari, examinarea se poate face în poziția cea mai comodă pentru bolnav și reanimator.

Scanned with OKEN Scanner

Introducerea aparatului se face, de asemenea, cu bolnavul în poziție de decubit lateral stîng. Introducerea poate fi făcută în mai multe feluri, cu ajutor sau fără, cu folosirea mîinii stîngi pentru protecția faringiană sau direct prin piesa bucală și manevrarea exterioară a aparatului. Cea mai ușoară metodă pe care o recomandăm îndeosebi începătorilor este aceea cu protejarea bazei limbii și a faringelui prin introducerea indexului și mediusului mîinii stîngi în faringe, apăsare pe baza limbii și printre cele două degete introducerea aparatului cu mîna dreaptă. Se va apăsa ușor în tot timpul introducerii fără să se forțeze și se va ține linia mediană și peretele posterior al faringelui. Bolnavul va fi invitat să respire liniștit și normal tot timpul. La nivelul sfincterului esofagian superior (aproximativ 15 cm de la arcada dentară), se va întîmpina o rezistență care va fi învinsă prin invitarea bolnavului de a face mișcări de deglutiție. După învingerea rezistenței sfincterului esofagian superior, endoscopul coboară foarte ușor și fără nici o rezistență. Din acest moment se începe explorarea endoscopică. În rare cazuri se poate pătrunde în trahee (la bătrîni sau în cazul în care explorarea o fac începătorii). În această situație, constatarea prezenței aspectului caracteristic traheobronșic impune retragerea aparatului și reluarea manevrei de introducere.

Este posibilă, și de multe ori mai ușoară, introducerea aparatului în poziție șezîndă. În acest fel, se păstrează mai ușor linia mediană și se evită sinusurile piriforme. Această metodă poate fi utilizată mai ales la început sau la bolnavii la care nu se reușește introducerea în poziția lateral-stîngă. După introducere, bolnavii vor fi culcați pe stînga.

3. *Examinarea propriu-zisă.* Pentru o examinare corectă sînt necesare cîteva reguli ce trebuie respectate:

• Insuflarea de aer se va face pentru obținerea lumenului, iar cantitatea ce trebuie introdusă va oscila foarte mult după cavitatea în care ne aflăm, după scopul pe care îl urmărim. Astfel, pentru examinarea esofagului este necesară, în general, o cantitate mică de aer. De asemenea, trecerea prin stomac pentru a se ajunge la duoden se poate face insuflînd o cantitate minimă. Explorarea gastrică, amănunțită, retroviziunea necesită însă o bună distensie gastrică și deci o cantitate mai mare de aer.

Scanned with OKEN Scanner

• Curățirea lentilelor prin introducere de apă și eventual aspirare este absolut necesară ori de cîte ori imaginea nu este clară și avem depuneri de mucus, secreții sau materiale patologice (sînge).

• Punerea la punct a imaginii prin folosirea sistemului existent la fiecare aparat, pînă cînd imaginea are claritate maximă.

• Înaintarea se va face totdeauna cu lumenul în față. Dacă în cîmpul vizual avem o imagine roșie fără contur înseamnă că sîntem lipiți de perete.

• Retragerea aparatului este absolut necesară ori de cîte ori nu avem imagine sau cînd dorim o imagine de ansamblu pentru orientare asupra anatomiei zonei în care ne aflăm.

Dacă lucrăm cu un endoscop cu privire axială, imediat după depășirea sfincterului esofagian superior se începe examinarea esofagului. Acesta apare ca un tub ușor sinuos cu diametru ce întrece cu puțin diametrul aparatului. Se pot observa impresiunile aortică și cardiacă, bătăile transmise de la inimă. Odată ajunși la cardie se va observa tonusul sfincterului esofagian inferior, sfincter ce de regulă este închis, și linia de demarcație între mucoasa esofagiană și cea gastrică.

Cardia se depășește ușor, fără rezistență și, după insuflarea unei mici cantități de aer, în față va apărea marea curbură cu pliurile gastrice longitudinale; mica curbă găsindu-se la început în dreapta.

Prin insuflarea aerului, stomacul se va destinde, pliurile se vor șterge treptat și, pe măsură ce vom coborî, vom avea mica curbură în partea stîngă și ușor în sus, marea curbură în dreapta jos, fața posterioară a stomacului în sus și spre dreapta, iar fața anterioară în jos către stînga.

Un prim reper de mare importanță este unghiul gastric care se prezintă ca o ogivă ce desparte porțiunea verticală de cea orizontală a stomacului. De regulă se află în partea stîngă ocupînd o bună parte din cîmpul vizual. Depășirea acesteia se face prin mișcarea vîrfului aparatului în sus și spre stînga. În acest moment, ne aflăm în antru și în față apare pilorul.

De regulă, stomacul se examinează relativ superficial la introducerea aparatului, se vor înregistra reperele reprezentate de curburi și de unghiul gastric. Dacă totuși apar leziuni, acestea vor fi înregistrate dar explorarea lor se va face la retragerea aparatului, după explorarea bulbului duodenal.

Scanned with OKEN Scanner

Orificiul piloric se străbate de regulă ușor, mai ales dacă cantitatea de aer din stomac nu este prea mare. La pilor se poate ajunge direct, țintit sau urmînd marea curbură și ajungînd, după inserarea aparatului pe aceasta, în fața pilorului. Pătrunderea în bulb nu necesită schimbarea poziției bolnavului decît în rare cazuri. Dacă prin cîteva încercări nu se reușește pătrunderea în bulb, se recomandă schimbarea poziției bolnavului, de obicei în decubit dorsal. În bulb, se observă supleța acestuia, regularitatea bulbului și eventuale leziuni.

Depășirea genunchiului superior duodenal este de obicei o manevră aproape oarbă și se face prin îndreptarea în jos a vîrfului endoscopului și mișcare laterală spre dreapta. Cu Panendoscopul se poate explora duodenul II, însă nu se poate face canularea și de fapt nici explorarea amănunțită a papilei.

La extragere, se va examina amănunțit antrul, apoi corpul gastric și, la sfîrșit, prin retroviziune, unghiul gastric, regiunea fundică și versantul gastric al cardiei. Pentru retroversiune, endoscopul trebuie să fie ușor deasupra unghiului gastric, se întoarce pînă la maximum în sus și la dreapta vîrful gastroscopului, concomitent cu coborîrea ușoară a aparatului, apoi, prin mișcări laterale și circulare, vom explora zonele de interes.

În descrierea unei leziuni se va face precizarea localizării (curbură, față, corp sau antru), în cazul leziunilor de la nivelul corpului gastric, se va preciza și în ce zonă a acestuia se găsește leziunea, împărțind regiunea în trei părți: superioară, medie și inferioară (spre exemplu, ulcer al micii curburi gastrice localizat în treimea medie a corpului gastric).

În bulb, se vor păstra aceleași criterii de orientare, mica curbură gastrică continuîndu-se cu mica curbură bulbară, la fel marea curbură, iar leziunile situate în porțiunea superioară și spre dreapta vor fi atribuite peretului posterior, iar cele de jos și spre stînga, peretelui anterior bulbar.

Constatarea unei leziuni în esofag (varice, eroziuni) nu va determina oprirea examinării la acest nivel și nici biopsierea leziunii constatate. Se va continua cu explorarea stomacului și duodenului și numai după ce vom fi convinși că acestea sînt indemne se va reveni la leziunea inițial reperată, se va face fotografierea și apoi biopsia. În caz contrar, biopsia efectuată dintr-o leziune superioară esofagiană sau gastrică va produce sîngerare care poate îngreuna explorarea amănunțită a zonelor subiacente, cunoscînd posibilitatea existenței leziunilor

Scanned with OKEN Scanner

multiple eso-gastrice, esofago-duodenale sau gastro-duodenale.

Rigurozitatea explorării întregului spațiu eso-gastro-duodenal este absolut necesară pentru a da siguranța diagnostică. Oprirea la o primă leziune constatată echivalează cu un examen fizic parțial și poate duce la tot atîtea erori ca și acesta. La terminarea examinării, endoscopistul trebuie să fie *sigur* că întreg esofagul, stomacul și duodenul au fost explorate și că o eventuală endoscopie negativă exclude realmente o leziune și nu este negativă prin explorare insuficientă, superficială, grăbită sau parțială. Endoscopistul trebuie să fie convins că nu există zone neexplorabile, „oarbe", deși unele sînt mai greu abordabile. Astfel, corpul gastric, zona imediat subcardială, mai ales fețele, dar și mica curbură în treimea superioară a corpului sînt mai greu accesibile endoscopului cu privire frontală, dar ele pot fi explorate amănunțit prin retroviziune. De asemenea, unele ulcere sau leziuni ulceriforme deasupra unghiului gastric, prin procesul edematos, inflamator sau infiltrativ din jur pot fi trecute cu vederea la un examen obișnuit dar devin bine vizibile prin retroversie.

În foarte puține cazuri, endoscopul cu privire laterală devine necesar, dar și aici mai mult pentru posibilitatea biopsierii precise, cu biopsii multiple, în cazul unor ulcere sus situate. Combinarea retroviziunii, cu modificarea poziției endoscopului și eventual a bolnavului face posibilă explorarea completă a stomacului cu Panendoscopul.

Pentru o explorare amănunțită la nivelul corpului se impune uneori aspirarea conținutului gastric. De regulă, însă acesta este în cantitate mică și nu împiedică examinarea. Dacă se face aspirația trebuie avut în vedere că este posibilă lezarea mucoasei prin aspirarea ei și deci se creează false imagini patologice.

Există mai multe moduri de înaintare a endoscopului, obișnuit se recomandă ca examinatorul să folosească mîna dreaptă pentru introducerea sau retragerea aparatului. Cum însă manevrarea celor două manete implică de multe ori folosirea mîinii drepte, se face apel la ajutorul asistentei pentru introducerea și retragerea aparatului. Un cadru mediu bine format este de mare utilitate, atît în timpul examinării cît și pentru prelevarea materialului bioptic și mai ales pentru întreținerea aparatului, a cărui durată de viață este direct proporțională cu grija ce i se acordă atît în timpul examinării cît și în afara acesteia.

Scanned with OKEN Scanner

Prelevarea biopsiei se practică ori de cîte ori se constată o leziune morfologică la examenul endoscopic. Ea este necesară dacă nu cunoaștem sau nu bănuim substratul morfologic al leziunii, dar este obligatorie și cînd aspectul endoscopic pare de certitudine: în ulcere, în cancere, în gastrite. Metodologia prelevării materialului bioptic va fi descrisă la fiecare leziune în parte.

Scanned with OKEN Scanner

ESOFAGOSCOPIA

ESOFAGUL NORMAL

Odată cu depășirea sfincterului esofagian superior, capul endoscopului se află în esofag și examinarea va începe imediat după depășirea acestuia. După spălarea lentilelor și insuflarea de aer, esofagul apare ca un tub circular ușor sinuos cu două curburi care nu permit observarea de la început a cardiei.

Mucoasa esofagiană este lucioasă, roz pală, uneori cu pliuri longitudinale și străbătută de mișcări peristaltice, care se deplasează în jos. În poziția de decubit lateral stîng, în dreapta se află peretele posterior, iar în stînga cel anterior. Se pot observa impresiunile: traheală, aortică și cardiacă, cu mișcările pulsatile transmise la esofag.

Pentru descrierea leziunilor, a localizării acestora împărțim esofagul în trei porțiuni: superioară, medie și inferioară, delimitate aproximativ sau mai precis, dacă indicăm distanța de la arcada dentară pe care o citim pe aparat. Dimensiunile esofagului sînt de 25 cm în medie, la care se adaugă aproximativ 15 cm de la arcada dentară pînă la sfincterul esofagian superior.

Privitor la mucoasa esofagiană, se va urmări luciul acesteia, integritatea și zona de demarcație față de mucoasa gastrică. Aceasta apare ca o zonă de tranziție între mucoasa roz pală esofagiană și cea roșie aprinsă gastrică, delimitarea făcîndu-se printr-o linie fină, zimțată, circulară denumită linia Z sau „ora serata". De regulă, delimitarea mucoasei esofagiene de cea gastrică se face la nivelul cardiei sau ușor deasupra acesteia. Dacă distanța între orificiul cardial și linia de demar-

Scanned with OKEN Scanner

cație între mucoasa gastrică și cea esofagiană este mai mare de 1 cm, vom bănui o hernie hiatală.

De regulă, tubul esofagian este curat, fără secreție sau cu o secreție minimă, clară, apoasă, urmare a refluxului gastro-esofagian. Alteori, mici cantități de mucus aderente de perete sînt vizibile sub forma unor mici pete albe sau a unor bule aderente, dar mobile pe perete. Rareori cantitatea de lichid din esofag este de culoare verzuie, bilioasă. Constatarea unor mici depuneri solide se datoresc resturilor alimentare sau înghițirii de medicamente înainte de explorare și poate constitui o indicație de întrerupere a explorării.

Cardia apare ca o îngustare bruscă de lumen la nivelul căreia mucoasa realizează o rozetă alcătuită din pliuri fine, uneori cu aspect polipoid.

În cursul examinării, prin eforturile de greață, poate apărea un prolaps de mucoasă gastrică în esofag, sub forma unei tumori neregulate de culoare roșie aprinsă, de dimensiunea unei nuci verzi și care dispare rapid.

Constatarea unor cantități mici de mucus cu striuri sanguine poate fi explicată prin leziunile faringiene de la introducerea endoscopului, dar vor fi considerate ca atare numai după excluderea altei leziuni. Deosebirea față de o eventuală sîngerare gastrică refluată se face prin diferență de abundență și de culoare; sîngele refluat din stomac, avînd culoare roșie maronie, este în esofagul inferior, și cu cheaguri. Constatarea unei cantități mai mari de secreție sau a unui conținut sanguin mai abundent în cursul examinării impune aspirația deoarece există pericolul regurgitării pînă în faringe și trecerea secreției în arborele respirator. Dacă aspirația nu se poate face în condiții bune (înfundarea aparatului cu cheaguri), iar conținutul esofagian este abundent, se va întrerupe examinarea și se va relua numai după o aspirație și eventual o spălătură gastrică.

SEMIOLOGIA LEZIUNILOR ESOFAGIENE

Modificări de culoare ale mucoasei. Mucoasa esofagiană, în întregime, poate fi mai palidă în cazul unor anemii. Gradul de paliditate variază direct proporțional cu severitatea anemiei. În aceste condiții, eventualele modificări patologice ale mucoasei

Scanned with OKEN Scanner

esofagiene sînt mai greu vizibile și deci examinarea va fi minuțioasă și foarte atentă.

Culoarea roșu aprinsă a mucoasei esofagiene în întregime se poate datora unor esofagite extinse, dar de regulă în esofagită modificările de culoare sînt limitate la esofagul inferior sau pericadial. O culoare roșie aprinsă, cu nuanță gălbuie, pe tot esofagul, se întîlnește în hepatitele cronice și cirozele în fază de activitate, cu icter. În aceste cazuri, mucoasa are și o friabilitate mai mare. Se vor căuta cu atenție varicele esofagiene care, uneori, pot avea un calibru mic și pot să nu fie vizibile imediat.

În cazul cirozelor avansate, stabilizate, nuanța esofagului inferior este albăstruie datorită patului venos dilatat în întregime.

Modificările izolate de culoare ale mucoasei, sub forma unor denudări, ce apar ca pete roșii aprins în esofagul inferior, se datoresc unor esofagite erozive, limitate. În funcție de gradul de afectare, acestea pot îmbrăca aspectul unor traiecte lineare, de grosime variabilă, sub 0,5 cm, longitudinale, care apar în cele patru puncte cardinale ale esofagului. Cicatricile unor esofagite apar de asemenea sub forma unor modificări de culoare dar și ușor denivelate.

Modificări de calibru. Calibrul esofagian poate fi lărgit sau strîmtat. Lărgirea lumenului esofagian este mai greu de apreciat, mai ales dacă este pe o porțiune mai mare. Compararea cu dimensiunile endoscopului, posibilitatea și necesitatea mișcării vîrfului aparatului pentru a putea explora în întregime pereții esofagului și însăși constatarea că nu avem imaginea unui tub circular în cîmpul vizual, sînt indicii de lărgire a calibrului esofagian. De obicei, constatarea măririi calibrului se asociază cu existența resturilor alimentare sau a unei cantități mai mari de lichid și, ulterior, cu descoperirea unei zone strîmtate.

Undele peristaltice pot fi uneori prezente, dar, de regulă, în măririle de calibru sînt greu vizibile sau lipsesc. Absența undelor peristaltice, ușoara mărire a calibrului esofagian, pierderea luciului mucoasei și a pliurilor se întîlnește în sclerodermie.

Constatarea unei zone limitate de lărgire a esofagului, cu mucoasa subțiată la acest nivel, este dată de diverticulul eso-

Scanned with OKEN Scanner

fagian cu gură largă de comunicare și în care, uneori, se poate angaja endoscopul.

Strîmtările lumenului esofagian pot fi circulare, în ax sau excentrice. De regulă, sînt sub dimensiunile aparatului, împiedică traversarea lor. Se va urmări aspectul mucoasei atît deasupra locului strîmtării, cît și la nivelul zonei stenozate, se vor descrie eventualele mici proliferări care apar în lumenul strîmtat, culoarea mucoasei care poate fi albă, infiltrată sau roșie, friabilă, în cazul cancerelor, sau subțiată fără excrescențe, în cadrul stenozelor benigne, postcaustice. Proeminențele nodulare sînt aproape caracteristice pentru cancerul esofagian. Se va nota cu precizie distanța de la arcada dentară pînă la zona stenozată. Dacă aceasta este obstruată de resturi alimentare, examinarea va fi reluată după o spălătură esofagiană pentru a putea observa și descrie comportarea lumenului și a mucoasei la nivelul stenozei.

Dacă stenoza este la nivelul cardiei și există o dilatare supracardială a esofagului, iar mucoasa esofagiană nu este modificată sau are modificări de tip esofagitic, se va încerca trecerea peste stenoză, concomitent cu insuflarea de aer. În cazul achalaziei, trecerea este ușoară cu „curățirea" concomitentă a esofagului de eventualele resturi alimentare, acesta constituind un test diagnostic prețios. În cazul cancerelor polului superior gastric, există de asemenea o stenoză a cardiei ce ia naștere fie prin infiltrarea acesteia cu țesut canceros, fie prin compresiune din afară prin tumoare. Aceste stenoze nu se pot depăși, mucoasa este friabilă, infiltrată, sîngerează ușor.

Strîmtarea lumenului esofagian se poate produce excentric printr-o tumoare benignă, care păstrează integritatea mucoasei dar care o face să bombeze și, de regulă, poate fi depășită.

Stenozele inflamatorii sînt greu de deosebit de cele maligne, numai biopsia va aduce certitudine.

Modificări de relief. Modificările *protruzive* pot fi de natură foarte diferită: polipi, cancere timpurii, tip I sau IIa, cancere avansate, tumori benigne submucoase (neurinoame, leiomioame), dilatații venoase izolate, ce apar îndeosebi la bătrîni, noduli varicoși, în cadrul varicelor esofagiene. Pentru diagnosticul corect al acestor leziuni se va urmări comportamentul leziunii față de mucoasa din jur, modul de implantare (sesil, pediculat), aspectul mucoasei de acoperămînt, care poate fi nemodificată sau profund afectată, conopidiformă, friabilă, ne-

Scanned with OKEN Scanner

crozată, dimensiunile leziunii, culoarea acesteia (roșie congestivă, în cazul polipilor, albicioasă sau necrozată, în cazul cancerelor, albăstruie, în cazul nodulilor varicoși etc.). Aspectul mucoasei din imediata vecinătate este de mare importanță. Constatarea unor pliuri ce se continuă de pe leziune pe mucoasă (semnul Schindler) constituie un indiciu de tumoare benignă, pe cînd infiltrarea mucoasei din jur, modificarea de culoare a acesteia, sînt caracteristice pentru procesele infiltrative, neoplazice.

Se va urmări comportarea suprafeței leziunii protruzive la biopsiere. Leziunile neoplazice sînt foarte friabile, se rup în bucăți mari, sîngerarea se produce foarte ușor și uneori abundent. Polipii benigni prezintă și ei o friabilitate crescută cu tendință la sîngerare mai abundentă. În schimb, formațiunile benigne, acoperite cu mucoasă normală, au suplețea păstrată, mucoasa se desprinde cu pensa de biopsie părăsind tumoarea, care rămîne fixată submucos (semnul „cortului").

Leziunile denivelate se prezintă sub forma ulcerațiilor superficiale sau a ulcerelor. *Ulcerațiile* nu au profunzime, decît de 1—2 mm, sînt acoperite de membrane hematice sau fibrinoase, acestea găsindu-se de regulă la același nivel cu mucoasa din jur. Marginile nu sînt infiltrate, sînt ușor neregulate sau zimțate, de culoare roșie aprins pe partea interioară a ulcerației. De obicei, se găsesc în porțiunea inferioară a esofagului și constituie urmarea esofagitei de reflux. În același fel se pot prezenta și cancerele incipiente tip IIc. La nivelul cardiei, pot fi longitudinale, de 1—2 cm lungime și 2—3 mm lățime, au culoare roșie aprinsă sau sînt acoperite cu membrane fibrinohematice, în sindromul Mallory-Weiss. Uneori, ulcerațiile sînt foarte extinse, cuprinzînd întreg esofagul, în esofagitele microbiene sau micotice.

Denivelările mari, cu profunzime, dar acoperite cu mucoasă normală, eventual ceva mai subțiată, cu desenul vascular bine vizibil, sînt caracteristice pentru diverticulii esofagieni.

Ulcerele sînt leziuni profunde, rotunde sau ovalare, cu margini regulate, net tăiate și acoperite cu membrane de fibrină în ulcerele benigne, care se localizează de obicei în zona imediat supracardială, constituind o complicație a esofagitei de reflux. Cînd sînt neregulate, cu mucoasa din jur infiltrată, cu margini burjonate, cu fundul murdar, fibrinohematic, sînt suspecte de malignitate.

Scanned with OKEN Scanner

ESOFAGITA DE REFLUX

Este cea mai frecventă afecțiune esofagiană, constatabilă endoscopic. Deși nu întotdeauna constatarea endoscopică are acoperire clinică, endoscopistul va semnala și va descrie modificările existente ori de cîte ori apar.

Afecțiunea are ca și cauză refluxul conținutului gastric (acid, biliar, acid și biliar) în esofag, printr-un sfincter esofagian inferior ineficient și insuficiența mecanismelor „de spălare" esofagiană.

Endoscopic, în timpul examinării, constatăm, la normal, cardia închisă, cu deschideri intermitente în timpul undelor peristaltice. În esofagita de reflux, se constată un tonus scăzut al cardiei, aceasta este semideschisă sau permanent deschisă, beantă, fără tonus. Această constatare se însoțește, de obicei, de prezența modificărilor esofagitice. Bolnavii sînt obezi, cu ascită sau ulceroși duodenali.

Clinic, sînt prezente arsurile retrosternale, cu iradiere în sus, însoțite sau nu de rîgîieli și regurgitări acide sau alcaline.

Modificările mucoasei esofagiene se întîlnesc obișnuit în treimea inferioară a esofagului.

Cea mai frecventă constatare este congestia mucoasei, cu pierderea luciului, ușoara îngroșare și reducerea elasticității. De remarcat că ascensiunea mucoasei gastrice, deasupra cardiei, poate îmbrăca același aspect-mucoasă roșie aprins. Pentru diferențiere se va urmări comportarea liniei Z, a pliurilor care pot fi de tip gastric și, de asemenea retroversie intragastrică (pentru hernia hiatală).

În formele mai pronunțate apar denudări ale mucoasei esofagiene, pe zone limitate, sub forma unor pete roșii sau sub forma unor cordoane longitudinale ce converg spre cardie. Apar, de asemenea, ulcerații superficiale, acoperite cu membrane fibrinoase, albe-gălbui sau fibrino-hematice, de culoare brun gălbui. Prezența ulcerelor, a modificărilor de calibru, cu strîmtarea sau chiar stenozarea esofagului inferior, sînt semne de esofagită pronunțată, ce evoluează de timp îndelungat.

În general, modificările endoscopice sînt clasificate în patru grade de gravitate, de la I—IV sau ușoară, moderată, moderat severă și severă.

Tipul I sau *esofagia ușoară*, superficială se traduce prin modificări de culoare, pierderea luciului mucoasei, vasele nu

Scanned with OKEN Scanner

mai sînt vizibile prin transparență, apar mici denudări. În tipul II, *moderată,* apar, pe lîngă modificările descrise, ulcerații de obicei pericardiale, în pete sau longitudinale. Tipul III, *moderat severă,* diferă doar ca întindere a ulcerațiilor. Agravarea esofagitei înseamnă progresiunea acesteia în sus. Ulcerațiile sînt longitudinale și cuprind întreaga treime inferioară a esofagului. Tipul IV, *sever,* se caracterizează prin ulcerații confluente, profunde, extinse, uneori ulcere adevărate, cu deformări sau stricturi esofagiene.

De remarcat că nu există o corelație directă între gradul modificărilor esofagiene și intensitatea simptomelor clinice. Bolnavii cu acuze puternice, persistente pot prezenta modificări minime endoscopice după cum constatarea unor modificări profunde la esofagoscopie se însoțește uneori de lipsa simptomelor sau de simptome foarte atenuate. La ulcerosii duodenali, cu stenoze organice sau relative se constată modificări profunde de esofagită erozivă, dar simptomele sînt de obicei ale ulcerului și mai puțin ale esofagului. Vindecarea ulcerului și cedarea stenozei duce și la dispariția modificărilor esofagiene.

Hernia hiatală poate fi descoperită concomitent cu esofagita. Nu există însă o corelație directă între hernia hiatală și esofagita de reflux. Totuși, esofagita de reflux determină, la bolnavii cu hernie hiatală, mai frecvent hemoragii digestive superioare.

Între modificarea morfologică macroscopică, constatată la endoscopie, și aspectul histologic al materialului bioptic, prelevat prin biopsie, există o corespondență de gravitate. Astfel, în formele ușoare de esofagită se constată doar o hipertrofie a celulelor bazale pentru ca, odată cu progresiunea aspectului endoscopic, să constatăm infiltrate cu celule inflamatorii, prezența ulcerațiilor sau ulcerelor.

Diagnosticul diferențial al esofagitei de reflux se va face cu esofagitele acute caustice sau infecțioase, cînd există o extindere foarte pronunțată a modificărilor, pe tot esofagul.

Cancerul esofagian, forma infiltrativă, mai ales cînd leziunile sînt limitate la zona pericardială, pune probleme de diferențiere cu esofagita de gradul IV. În cancer, mucoasa este mai infiltrată, mai friabilă la biopsie. Deosebirea este însă greu de făcut macroscopic și se impune întotdeauna prelevarea materialului prin biopsii multiple. În cazurile cu stenoză parțială, biopsia trebuie prelevată din zona stenozată prin introducerea

Scanned with OKEN Scanner

pensei de biopsie prin stenoză sau prin combinarea biopsiei cu citologia exfoliativă.

Stenozele benigne, postcaustice sau inflamatorii pulmonare, prin retracții ulterioare, de cicatrizare, se deosebesc ușor de stenozele din esofagita de gradul IV prin aspectul mucoasei care este suplă, cu luciu, neinfiltrată.

Constatarea modificărilor de tip esofagitic la bolnavii cu angină pectorală ridică problema condiționării sindromului dureros de către esofagită. De aceea, endoscopistul va sublinia constatările și eventual va proba apariția simptomelor prin instilarea de acid clorhidric normal/10 în esofagul inferior. Dacă simptomele descrise apar după instilare, înseamnă că bolnavul nu este un anginos, ci un esofagitic.

ESOFAGUL BARRETT

Este un defect congenital sau cîștigat, ce constă în transformarea epiteliului scuamos esofagian în epiteliu cilindric de tip gastric. Cel cîștigat ia naștere în urma evoluției îndelungate a esofagitei de reflux.

Simptomele sînt cele ale esofagitei: disfagie, regurgitări, arsuri retrosternale sau sindrom dureros persistent, de intensitate mare în cazul apariției ulcerului esofagian.

Endoscopic se constată mucoasă de tip gastric, roșie, plisată, stricturi și eventual ulcer profund.

În esofagul superior, se constată, de obicei, prezența mucoasei esofagiene normale sau ușoara congestie difuză a acesteia. La zona de trecere între mucoasa esofagiană normală și cea de tip gastric se produce frecvent îngustarea lumenului esofagian.

Constituie o stare cu risc crescut de cancer.

Ulcerul esofagian apare frecvent, întrucît mucoasa are toate caracteristicile structurale și secretorii ale mucoasei gastrice.

Combaterea refluxului poate duce la retrocedarea modificărilor endoscopice și chiar a celor histologice.

Scanned with OKEN Scanner

HERNIA HIATALĂ

Hernia hiatală este determinată de protruzia unei porțiuni din stomac, polul superior, în torace, prin hiatusul diafragmatic. După modul de producere (Akerlünd) se descriu trei tipuri de hernii hiatale:

a. *Esofagul scurt,* brahiesofagul, de obicei congenital, în care o porțiune din stomac se găsește în torace (stomacul toracic);

b. *Paraesofagiană,* prin rostogolire, esofagul este la locul său însă o porțiune din stomac herniază, pe lîngă acesta, în torace;

c. *Hernia prin alunecare* se produce prin ascensionarea esofagului și trecerea unei porțiuni din stomac, prin hiatusul esofagian, în torace. Este forma cea mai frecventă.

Simptomele datorate exclusiv herniei constau în senzația de disconfort sau durere, prin distensia pungii herniare după mese copioase sau ape gazoase. Restul simptomelor care pot apare se datoresc asocierii herniei hiatale cu refluxul gastro-esofagian și apariția esofagitei: pirozis, regurgitări, hemoragii. Se apreciază că doar 5% din herniile hiatale sînt simptomatice (Bockus). Apare frecvent la bătrîni, obezi, bolnavi cu ascită, în sarcină, la operații pe abdomen, la cifoscoliotici.

Endoscopic se constată prezența mucoasei de tip gastric deasupra inelului diafragmatic. Linia Z este ascensionată cu mai mult de 1 cm deasupra inelului difragmatic. La acest nivel, cardia este vizibilă, de obicei cu tonus normal sau este beantă și atunci vom constata prezența modificărilor de tip esofagitic.

În tipul I de hernie, esofagul este drept, cu mucoasă normală, cu cardia funcțională, dar cu mucoasă gastrică deasupra inelului diafragmatic.

În tipul II se constată modificări de traiect pericardial a esofagului. Nu se vede mucoasă gastrică deasupra inelului diafragmatic.

În tipul III, esofagul inferior este cudat, linia Z ascensionată și mucoasă gastrică cu pliuri longitudinale între linia Z și inelul diafragmatic, pe o distanță mai mare de 2 cm.

Aceste modificări, în cazul esofagitei, se însoțesc de afectarea mucoasei esofagiene, care devine congestionată, parțial sau pe toată întinderea, cu denudări sau eroziuni limitate sau

Scanned with OKEN Scanner

extinse, confluente. În cazul existenței esofagitei, linia de demarcație între mucoasa gastrică și cea esofagiană este mai greu de deosebit.

Pentru diagnosticul sigur la herniei, este necesară trecerea endoscopului în stomac și retroviziunea. În mod normal, gastroscopul este intim înconjurat de mucoasa cardială la pătrunderea acestuia în stomac. În hernia hiatală între gastroscop și mucoasa gastrică există un spațiu conic la nivelul hiatusului esofagian, de mărime corespunzătoare pungii herniare, care urcă pînă la nivelul cardiei.

În herniile prin rostogolire, porțiunea herniată apare din stomac sub aspectul unei pungi, care se insinuează lateral față de esofag, cardia fiind la nivelul hiatusului diafragmatic.

ACHALAZIA

Achalazia este o afecțiune funcțională, de cauză necunoscută, caracterizată prin obstrucția spastică la nivelul cardiei, dilatarea esofagului inferior și cu contracții esofagiene nepropulsive, nefuncționale. Deși tonusul cardiei nu este crescut față de normal, acesta nu se deschide odată cu deglutiția, neexistînd unde peristaltice.

Simptomele constau din *disfagie*, cu instalare bruscă sau progresivă pentru solide și lichide, senzația de oprire a alimentelor în regiunea apendicelui xifoid, intermitent sau continuu sau numai la anumite alimente, cu un anumit grad de soliditate, sau la o anumită temperatură: *regurgitări*, ce apar la început după fiecare masă, iar apoi mai rar, uneori numai la 2—3 zile. Aspirația regurgitării poate determina complicații pulmonare.

Endoscopic se constată prezența resturilor alimentare în esofag, dilatarea esofagului terminal, modificări de tip esofagitic: congestie, pierderea luciului mucoasei, eroziuni, ulcere. Cardia apare tot timpul închisă. Prin insuflare de aer, concomitent cu exercitarea unei presiuni moderate asupra aparatului, se poate trece cu ușurință prin cardie. Odată cu trecerea se produce și curățirea esofagului inferior de resturile alimentare existente. Această manevră constituie un semn sigur de diagnostic.

Scanned with OKEN Scanner

Diferențierea trebuie făcută față de stenozele cardiale secundare, denumite de unii achalazii secundare (Ottenjan), care iau naștere prin cancere tuberozitare. Se constată și aici resturi alimentare, dilatația esofagului inferior, cardia continuu închisă și eventual modificări esofagitice. Trecerea prin cardie este dificilă. La nivelul acesteia se pot observa modificări infiltrative, mici proeminențe albicioase și sîngerare după trecerea gastroscopului. Pătrunderea în stomac permite apoi diagnosticul prin constatarea formațiunii tumorale, neoplazice la nivelul fornixului sau la nivelul cardiei.

Cancerul cardial produce stenoze cu apariție clinică progresivă, cu afectare pronunțată a stării generale, cu modificarea, la endoscopie, a mucoasei esofagiene, care este infiltrată, prezintă nodozități este friabilă și sîngerează ușor la atingere.

Stricturile benigne nu sînt complete decît rareori, rozeta cardială lipsește și, de obicei, nu sînt localizate strict la cardie. Nu pot fi depășite cu aparatul.

Aspectul normal al mucoasei esofagiene, eventual cu modificări esofagitice, are importanță pentru diagnostic. Totuși biopsia se impune ori de cîte ori există modificări care nu sînt caracteristice sau care pot ridica suspiciunea unei neoplazii. De remarcat că achalazia, după evoluție îndelungată, poate constitui o afecțiune cu risc de dezvoltare a cancerului.

SPASMUL ESOFAGIAN DIFUZ

Spasmul esofagian difuz constă din contracții esofagiene multiple, etajate, nepropulsive. Constituie o variantă de achalazie avînd ca și cauză o disfuncție motorie de origine neuromusculară. Cele două afecțiuni se pot asocia sau spasmul esofagian difuz poate fi urmat de instalarea achalaziei.

Simptomul principal este constituit din durere retrosternală, uneori cu apariție în criză, ce poate duce la confuzie cu angina pectorală, mai ales că cedează la nitriți. Disfagia apare mai rar intermitent și de intensitate mică sau moderată.

Endoscopic se constată contracții esofagiene difuze, vizibile, în jos, pe toată lungimea esofagului.

Aspectul endoscopic poate sugera diagnosticul în prezența simptomelor descrise sau la un bolnav cu angină pectorală

Scanned with OKEN Scanner

fără modificări electrocardiografice specifice.

Esofagoscopia se practică nu atît pentru diagnosticul afecțiunii ci, mai ales, pentru a exclude o eventuală afecțiune organică, ce poate determina simptome asemănătoare: cancer, esofagită, achalazie.

Mucoasa esofagiană nu este modificată, are luciu, suplețe, calibrul esofagian nu este schimbat. Pot apare modificări ale mucoasei esofagiene terminale dacă se asociază refluxul gastro-esofagian cu esofagita consecutivă.

CANCERUL ESOFAGIAN

Esofagul neavînd adventiție și delimitarea față de țesuturile din jur fiind aproximativă, cancerul esofagian invadează rapid organele din vecinătate (mediastin, aortă, plămîn), făcînd foarte grea rezolvarea chirurgicală. Din acest motiv și din cauza situației topografice deosebite a esofagului, cancerul esofagian este una din formele cele mai greu abordabile chirurgical și cu mortalitate foarte mare.

Ca și în alte localizări, cancerul nu are cauze cunoscute. Totuși observații populaționale arată că lichidele fierbinți (băutorii de ceai), alcoolul și nitriții sînt factori favorizanți ai dezvoltării neoplaziei.

Disfagia progresivă, de durată scurtă, întîi pentru lichide, apoi pentru solide și apoi totală, durerea retrosternală cu iradiere în spate, gît, umeri, anorexia și slăbirea din greutate, sindromul anemic în urma hemoragiilor oculte sau episoadele de hemoragie digestivă superioară, sînt semnele ce caracterizează cancerul esofagian.

Aspectul endoscopic diferă după tipul morfologic de prezentare.

Formele *protruzive*, fungoide apar sub forma unor proliferări de culoare roșie aprinsă sau albicioasă, friabile, cu zone de necroză ce se prezintă sub forma unor pete cenușiu-murdar pe suprafața leziunii sau cu ulcerații acoperite cu zone albicioase. Dezvoltarea se poate face la orice nivel pe lungimea esofagului, apar totuși mai frecvent în treimea medie. Mărimea formațiunii este variabilă. Produce obstruarea parțială sau completă a lumenului esofagian. Diagnosticul diferențial se impune

Scanned with OKEN Scanner

față de polipii benigni. Deosebirea se face prin biopsie sau polipectomie endoscopică.

Formele *ulcerate* apar de aspectul unor ulcere neregulate, cu margini burjonate, infiltrate ferme sau dimpotrivă foarte friabile la biopsie. Prin infiltrarea mucoasei din jur se produce o strîmtare de grad diferit a lumenului esofagian fapt ce împiedică explorarea amănunțită a leziunii ulcerate, uneori fiind vizibilă doar marginea superioară a acesteia. Biopsia trebuie practicată în toate cazurile deși este dificilă, materialul trebuind secționat tangențial din zona strîmtată care este uneori ulcerată pe o mare întindere. Asocierea citologiei aduce elemente importante. Diferențierea trebuie făcută față de ulcerele benigne, ce apar la esofagite de grad IV dar evoluția îndelungată la bolnavi cunoscuți, creează premisele diferențierii, pe lîngă aspectul histologic caracteristic. Apariția esofagului Barrett, care constituie o afecțiune cu risc crescut de cancer și deci posibilitatea existenței concomitente a modificărilor de tip esofagitic și canceros, face diagnosticul foarte dificil și numai examenul histologic este cel care decide.

Formele *infitrative* produc strîmtarea, de obicei excentrică, a lumenului. Mucoasa este infiltrată, congestionată, cu friabilitate crescută, cu zone necrotice, ulcerate sau cu mici proeminențe sub forma unor noduli ce apar în zona strîmtată. Stenozele benigne, postcaustice, produc de regulă o strîmtare centrală și nu determină nodozități la nivelul strîmtării. Biopsia se va practica de la nivelul strîmtării, dintr-un mic nodul proeminent, pentru a avea șanse mai mari de reușită.

Pentru diagnosticul timpuriu al cancerului esofagian se impune dispensarizarea și urmărirea endoscopică periodică a esofagitelor cronice, a esofagului Barrett, a achalaziei și a stricturilor postcaustice, afecțiuni cu risc de dezvoltare a cancerului.

TUMORILE BENIGNE

Sînt proliferări mucoase ale țesutului de susținere fără caracter de malignitate.

Polipii sînt proliferări pediculate sau sesile ale mucoasei esofagiene.

Scanned with OKEN Scanner

Produc disfagie și uneori hemoragii.

Diagnosticul este ușor, constatînd proliferările rotunde, ovoide, cu suprafața netedă sau ușor neregulată, cu friabilitate crescută. Pe suprafață se pot constata mici zone ulcerate sau necrotice. De remarcat că mucoasa din jur este de aspect normal, nemodificată.

Diagnosticul diferențial se face cu cancerul timpuriu tip I. Deosebirea nu este posibilă decît prin biopsiere dar mai ales prin polipectomie endoscopică și examinarea întregului polip, căci malignizarea pe o zonă restrînsă — scapă de regulă pensei de biopsie.

Lipoamele, leiomioamele, fibromioamele. Sînt proliferări submucoase ce pot produce obstrucția parțială sau totală a lumenului esofagian. Pot determina disfagie și uneori hemoragii digestive superioare prin ulcerare.

Endoscopic se constată proeminențe acoperite de mucoasă normală. Între mucoasa de pe suprafața tumorii și cea de la bază se constată continuitate, cu eventuală vascularizație mai abundentă la nivelul tumorii. La biopsie, mucoasa urmează pensa (semnul cortului). În cazul hemoragiilor digestive superioare se va căuta ulcerarea care de obicei se găsește pe fața inferioară a formațiunii. Biopsia nu aduce elemente de diagnostic privind natura histologică a formațiunii tumorale.

DIVERTICULII ESOFAGIENI

Se prezintă sub forma unor dilatații sacciforme ale peretelui esofagian în întregime sau numai ale mucoasei esofagiene. Pot determina disfagie și chiar dureri retrosternale. Endoscopic se constată o pungă la nivelul mucoasei esofagiene cu gură largă de comunicare sau, dimpotrivă, existența unor orificii mici pe traiectul esofagului. Mucoasa la nivelul diverticulului este subțiată, cu desenul vascular mai evident. La gura diverticulului, cînd aceasta este strîmtă, se pot constata modificări de culoare și edem datorită procesului inflamator local.

Scanned with OKEN Scanner

VARICELE ESOFAGIENE

Sînt dilatații ale venelor esofagului inferior. Acestea capătă un traiect sinuos, se dilată și prezintă un aspect de șirag de mărgele, uneori chiar aspect pseudotumoral. Sînt expresia hipertensiunii portale.

Nu determină simptome clinice. Sînt prezente semnele hepatitei cronice sau ale cirozei hepatice. Prin ruptură pot determina hemoragii digestive, uneori cataclismice.

Endoscopic se constată mucoasa esofagiană mai congestionată, cu tentă gălbuie la bolnavii icterici. În absența icterului, mucoasa esofagiană din esofagul superior este normală. În esofagul inferior, mucoasa are o nuanță albăstruie, determinată de numeroasele dilatații venoase. Venele apar sub forma unor proeminențe sinuoase longitudinale, uneori cu aspectul unui șirag de mărgele, sau și mai mari cu aspect polipoid, pseudotumoral ce pot strîmta aproape în întregime lumenul esofagului inferior. Cu cît dilatațiile varicoase sînt mai mari cu atît extinderea proximală a acestora este mai pronunțată. În cazurile cu ciroze evoluînd de multă vreme, varicele esofagiene se observă încă din esofagul superior.

În hipertensiunea portală incipientă, de curînd instalată, venele esofagiene sînt mai dilatate, au un traiect ușor sinuos dar nu capătă aspectul de varice constituite. O singură venulă, sinuoasă și ușor dilatată ce proemină în mucoasa esofagiană poate constitui semnul hipertensiunii portale. Pentru evidențierea varicelor se impune uneori manevra Valsalva. De asemenea, observarea mai îndelungată a esofagului pericardial, după trecerea undelor peristaltice, în timpul efortului de greață, evidențiază dilatațiile venoase care la explorare obișnuită pot scăpa.

La bolnavii cu hemoragii digestive, varicele pot fi colabate prin evacuarea momentană a sîngelui stagnat. În aceste situații, nuanța albăstrie a esofagului inferior poate fi un indiciu care să impună efectuarea manevrelor amintite pentru diagnosticul varicelor.

În obstrucții ale drenajului venos, în mediastin, pot apare dilatații venoase în esofagul superior. Deosebirea față de varicele din hipertensiunea portală se face prin lipsa dilatațiilor venoase din esofagul terminal.

Scanned with OKEN Scanner

La bătrîni pot fi prezente dilatații limitate cu aspect polipoid de dimensiuni mici, izolate în număr de 2—5 în esofagul superior și mijlociu. Sînt fără semnificație clinică și nu constituie o problemă de diagnostic diferențial.

SINDROMUL MALLORY-WEISS

Constă în ruptura longitudinală a mucoasei la nivelul cardiei, pe o lungime de 1—2 cm, ruptură ce apare în urma efortului de vărsătură, grețuri repetate sau sughiț rebel.

Clinic se prezintă sub forma hemoragiei digestive superioare.

Endoscopic, la bolnavii examinați pentru hemoragii digestive superioare se constată la nivelul cardiei sau în imediata ei vecinătate prezența unei ulcerații longitudinale de 1—2 cm lungime și 0,2—0,4 cm lățime. Apare ca o denivelare de culoare roșie sau acoperită, la cîteva zile de la hemoragie, cu o mică membrană fibrinoidă. De obicei, leziunea este unică, rareori se constată 2—3 asemenea leziuni.

Leziunile dispar în 4—7 zile de la episodul hemoragic.

Diferențierea trebuie făcută față de ulcerațiile din esofagita de reflux. Aici însă leziunile se găsesc deasupra cardiei, sînt multiple, mucoasa din jur este de obicei modificată, congestionată.

Dacă bolnavii au în cursul examinării senzație de greață, se poate observa prolapsul mucoasei gastrice în esofagul inferior sub forma unei formațiuni rotunde, congestionate, neregulate la suprafață, datorită pliurilor, care dispare rapid. Se repetă mecanismul prin care s-a produs leziunea.

Scanned with OKEN Scanner

GASTROSCOPIA

STOMACUL NORMAL

Imediat după depășirea cardiei, stomacul apare ca o mică cavitate caracterizată printr-o multitudine de pliuri longitudinale alcătuite dintr-o mucoasă de culoare roșie aprins, lucioasă, integră. Pe măsură ce insuflăm aer, stomacul se destinde, se transformă dintr-un mic tub într-o cavitate mare în care pliurile se mențin la nivelul marii curburi și parțial pe fețe. La nivelul unghiului gastric, de obicei, pliurile dispar. Poate exista, pe marea curbură, în dreptul unghiului, o aglomerare de pliuri ce nu se deplisează și care pot crea falsa impresie de pliuri infiltrate persistente. Se remarcă însă lipsa leziunilor de suprafață și supleţea la biopsie. Antrul, de regulă nu prezintă pliuri. Constatarea pliurilor la nivelul antrului impune totdeauna biopsia.

Pilorul apare regulat cu convergența cîtorva pliuri mucoase, așa-numita rozetă pilorică. El se deschide intermitent, dar uneori poate fi spastic ca un mic orificiu punctiform. Dacă nu apare în poziția obișnuită a bolnavului, se impune modificarea poziției de examinare.

Modificările de culoare. Se pot constata intensificări ale culorii roșu-aprins obișnuite, concomitent cu ștergerea luciului mucoasei în gastrite. Modificarea poate fi difuză, sau numai în antru sau la nivelul corpului. În antru se pot constata cordoane longitudinale de culoare roșie sau pete difuze izolate. Acestea pot constitui zone de metaplazie intestinală, dar trebuie deosebite, prin biopsie, de cancerul timpuriu IIb, care se poate prezenta sub același aspect.

Petele albe sau alb-gălbui, de diverse dimensiuni, pot fi urmarea ulcerațiilor superficiale determinate de eroziuni gas-

Scanned with OKEN Scanner

trice acute în faza de cicatrizare, cancer timpuriu tip IIc, acumulări colesterolice, mai ales la stomacul operat, sau simple pete de mucus. Acestea din urmă se mobilizează spontan sau cu ajutorul pensei sau prin spălare. Se pot constata de asemenea mici resturi alimentare sau medicamentoase, aderente de mucoasă, care pot crea confuzii cu leziunile gastrice dar care, și ele, sînt mobilizabile. Întotdeauna se vor urmări limitele modificării de culoare, apariția marginilor dințate, roșii, cu tendință la sîngerare în ulcerații maligne, de asemenea comportarea pliurilor care converg spre ulcerele superficiale pe cale de cicatrizare, de asemenea numărul leziunilor, extinderea lor și eventualele modificări asociate.

Leziunile protruzive. Pot avea origini foarte diferite. Cel mai frecvent sînt polipi benigni de diferite tipuri, sesili sau pediculați. Pentru stabilirea substratului histologic se impune polipectomia endoscopică.

Cancerul timpuriu tip IIa și I se prezintă de asemenea sub forma leziunilor protruzive. Pot avea suprafața regulată, fără necroze sau ulcerații și de aceea emiterea unui diagnostic nu este posibilă fără biopsie.

Formațiunile mezenchimale: neurinoame, leiomioame se prezintă sub aspectul unor proliferări, proeminente, acoperite de mucoasă normală. Se vor căuta semnele Schindler și al cortului.

Eroziunile cronice au de asemenea un aspect protruziv, sînt multiple și ombilicate în vîrf. Baza de implantare este largă, dimensiunile nu sînt prea mari (în jur de 1 cm).

Cancerele avansate sînt, de obicei, de dimensiuni ce depășesc 1 cm, au necroze și ulcerații pe suprafață, sînt foarte friabile și modifică mucoasa înconjurătoare.

Corpii străini (trihobezoar, fitobezoar) se caracterizează prin mobilizare spontană sau cu pensa. Uneori (sîmburi de fructe, fracțiuni de proteză, oase) pot fi imobilizate prin implantare în mucoasa gastrică dar, în mod obișnuit, nu pot fi confundate cu modificările patologice ale acesteia.

Ulcerațiile și ulcerele mucoasei gastrice pot fi determinate de eroziuni superficiale acute, acoperite cu membrane hematice brune negricioase sau subacute, acoperite cu membrane alb-gălbui de fibrină. De asemenea, cancerele timpurii tipul IIc și III se pot prezenta sub forma unor ulcerații respectiv ulcere.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul se face prin urmărirea comportării mucoasei din jur, aspectul craterului, al marginilor, comportarea pliurilor. Acestea se întrerup de regulă la o mică distanță de ulcer și sînt ușor îngroșate la vîrf, în măciucă.

Ulcerele benigne au marginile regulate, dimensiuni foarte variabile dar în 4—5% din cazuri și cancerele gastrice se pot prezenta sub forma unor ulcere regulate, fără infiltrarea mucoasei din jur, cu pliuri convergente.

Limfoamele maligne, boala Hodgkin, pot avea aspect ulceriform dar imaginea endoscopică se aseamănă cu cea a ulcerelor maligne.

Tumorile benigne pot ulcera, dar în aceste cazuri leziunea se găsește pe o formațiune protruzivă, acoperită de o mucoasă normală.

Ulcerele acute apar în anumite condiții de agresiune exterioară (operații, traumatisme, arsuri), iar endoscopic sînt mari, neregulate cu craterul murdar cu membrane hematice sau cheaguri, asemănătoare cu ulcerele maligne.

Modificările pliurilor constau în îngroșarea acestora, lipsa lor de deplisare la insuflația cu aer și prezența micilor ulcerații pe suprafața lor. Ele pot constitui o modificare generală, ca în boala Ménétrier sau în limfoamele gastrice difuze, pot fi localizate la corp, în sindromul Zollinger-Ellison, sau în antru, în hiperplazia celulelor secretoare de gastrină. Diagnosticul bazat pe simplul aspect endoscopic este doar de supoziție, iar biopsia trebuie să fie profundă, prin prelevare dublă sau triplă din același loc sau folosirea ansei de polipectomie.

Cancerul infiltrativ poate fi prezent sub forma unor pliuri îngroșate, infiltrate, fără suplețe, cu sau fără leziuni de suprafață. Aceste pliuri se pot găsi în antru, reduse ca număr sau pot fi, la nivelul corpului, numeroase, cuprinzînd întreg lumenul gastric. Se impune prelevarea de biopsii multiple, profunde.

CANCERUL GASTRIC

Este afecțiunea față de care endoscopia are cele mai mari responsabilități căci prin utilizarea ei rațională, eficientă, procentul cancerelor ce pot beneficia de chirurgie crește semni-

ficativ, îndeosebi prin depistarea în faza în care dezvoltarea în profunzime nu depășește musculara mucoasei. Diagnosticul endoscopic diferă în cancerul timpuriu față de cel avansat.

CANCERUL GASTRIC INCIPIENT (TIMPURIU)

Este cancerul care nu depășește în profunzime musculara mucoasei. Constituie un stadiu prin care trece în mod obligatoriu orice cancer. În acest stadiu cancerul poate rămîne luni sau ani de zile, deci o perioadă îndelungată de timp în care poate fi diagnosticat. Rolul endoscopiei este de a-l descoperi în această fază în care intervenția chirurgicală echivalează cu „vindecarea" pentru mai mult de 90—95% din bolnavi.

Pentru a putea afirma că ne aflăm în fața unui cancer timpuriu este absolut necesară examinarea piesei de rezecție, căci profunzimea procesului neoplazic se poate stabili numai pe piesa de exereză și nu pe materialul bioptic.

Endoscopic acest cancer se prezintă sub o serie de aspecte, împărțite, în 1968, de Asociația endoscopiștilor japonezi în trei tipuri principale (fig. 14). Cancerele timpurii sînt leziuni locale, gastrice, la peste 90% din bolnavi și numai la 3—8% dintre aceștia, în momentul intervenției se constată determinări regionale sau la distanță.

Clinic, cancerul timpuriu este simptomatic la majoritatea bolnavilor, deși simptomatologia poate fi total necaracteristică și fără intensitate deosebită. De asemenea poate fi prezentă doar episodic.

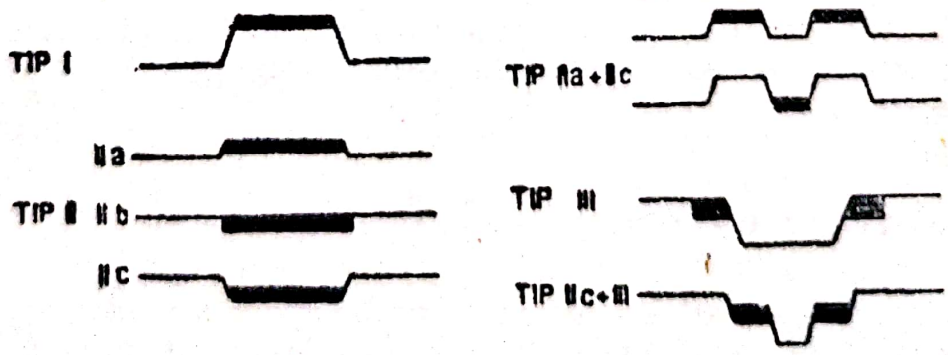


Fig. 14. Clasificarea endoscopică a cancerului timpuriu

Pentru creșterea procentului de depistare a cancerelor incipiente, endoscopia este indicată:

1. În sindroamele dispeptice, fără substrat morfologic cert, indiferent de tipul sau sistematizarea dispepsiei. Chiar un sindrom dispeptic tipic de ulcer duodenal sau gastric poate fi manifestarea clinică a unui cancer gastric. Sindroamele dispeptice nesistematizate sau minime sub forma unui simplu disconfort abdominal sau plenitudine postprandială trebuie explorate endoscopic chiar dacă, și mai ales dacă, nu se constată nici o modificare radiologică;

2. La bolnavii care prezintă alterarea stării generale, neexplicată, sub forma slăbirii din greutate, asteniei, sindromului anemic;

3. În hemoragiile digestive de cauză necunoscută;

4. În toate ulcerele gastrice, chiar cu aspect radiologic tipic de ulcer benign. Ulcerele gastrice văzute endoscopic vor fi întotdeauna biopsiate, prin prelevări multiple din toată circumferința și cu deosebire din zonele modificate;

5. În anemiile pernicioase se indică examinarea endoscopică, periodică la 6—12 luni, indiferent dacă bolnavii au sau nu acuze digestive sau modificări radiologice;

6. În aclorhidriile histaminorefractare cu gastrită atrofică se vor face, de asemenea, examinări periodice, cel puțin odată pe an;

7. Polipii gastrici solitari vor fi examinați, biopsiați și dacă este posibil, extirpați endoscopic. Bolnavii vor fi urmăriți periodic la 6—12 luni. Polipozele gastrice vor fi și ele urmărite periodic cu biopsii și eventual polipectomii la cei ce par „modificați";

8. În toate modificările radiologice „suspecte": zone aperistaltice, mici ulcerații de suprafață, mici denivelări, modificări de pliuri sau de relief. Toate aceste modificări descrise de radiolog vor fi căutate, examinate amănunțit și biopsiate.

Aspectul endoscopic al cancerului timpuriu este cel codificat de clasificarea japoneză. În principal prezintă trei tipuri: proliferativ, infiltrativ și ulcerat cu subtipurile corespunzătoare. (fig. 14).

Analiza clasificării japoneze dovedește că orice modificare a mucoasei gastrice, indiferent dacă aceasta este de culoare sau de relief, poate fi un cancer gastric timpuriu. Consecința practică este necesitatea recoltării de material bioptic din orice leziune sau modificare constatată endoscopic, examinatorul

Scanned with OKEN Scanner

avînd permanent în minte posibilitatea existenței neoplaziei. Cele mai multe cancere se prezintă sub forma ulcerată (70—80% dintre acestea). Se presupune că tipurile IIa și chiar I pot evolua spre formele ulcerate în prezența acidului clorhidric.

Există foarte multe cazuri de forme endoscopice asociate, combinații de forme, IIc+III, IIb+IIc, IIa+IIc etc.

Locul de recoltare al biopsiei va fi diferit după forma macroscopică de prezentare. Astfel, în tipul I, IIa, IIb, biopsia se va face din plină leziune endoscopică. La forma IIc, biopsia se va preleva din craterul ulcerației, după îndepărtarea membranei de fibrină și din versantul intern al marginii. În schimb, în tipul III, biopsia este inutilă din crater și trebuie prelevată din buza ulcerului. Totdeauna biopsiile vor fi multiple, din zone diferite ale modificării constatate endoscopic, iar în caz de biopsii negative în prezența unei leziuni suspecte, endoscopia și endobiopsia vor fi reluate.

Dimensiunea leziunii nu are legătură cu profunzimea acesteia. Cancerele polipoide (tip I sau IIa) pot fi de dimensiuni mari, chiar de 2—3 cm, și totuși să rămînă „timpurii" adică să nu depășească în profunzime musculara mucoasei.

O leziune neoplazică infiltrativă tip II sau IIb constituie o zonă de rezistență scăzută a mucoasei și se poate ulcera. Ulcerul care ia naștere poate fi profund, mare, însă leziunea se poate găsi pe margine și să rămînă limitată la mucoasă sub forma unor infiltrații superficiale. Fundul ulcerului deși profund, depășind musculara mucoasei este fără infiltrație neoplazică. Din acest motiv și reepitelizarea este posibilă.

Cancerele ulcerate sînt mai frecvente la bolnavii care au secreție de acid clorhidric pe cînd formele protruzive I, IIa evoluează mai adesea pe stomac cu aclorhidrie. Uneori și gradul de diferențiere celulară este mai mare la formele proliferative față de cele ulcerate.

Diagnosticul endoscopic va avea în vedere orice modificare de culoare sau de relief a mucoasei gastrice.

Tipul I sau forma proliferativă se prezintă ca o protruziune polipoidă de dimensiuni diferite, de la cîțiva mm la 2—3 cm, are baza largă de implantare, este de formă sferică, emisferică, rotundă, sau ovalară, suprafața este de obicei neregulată, cu aspect muriform sau conopidiform, cerebriform, cu neregularități mari. Procesul canceros fiind în zona protruzivă, biopsia va fi pozitivă în orice zonă a leziunii, în schimb, în polipii ade-

Scanned with OKEN Scanner

nomatoși sau în polipii hiperplastici malignizați, biopsia poate fi negativă și numai polipectomia va ajuta diagnosticul, numai întîmplător biopsia poate fi prelevată din zona neoplazică.

Diagnosticul diferențial se face cu polipii benigni, care pot avea același aspect endoscopic, mai ales cei sesili.

Eroziunile gastrice cronice pot fi uneori mai mari și se pot confunda cu cancerul tip I. De obicei însă, eroziunile sînt multiple, au ușoară ombilicare în vîrf, suprafața mai regulată și fără modificare importantă de culoare. Biopsia și urmărirea în timp după suprimarea cauzei ce a putut duce la eroziuni cronice vor permite diagnosticul.

Ulcerul gastric, prin cicatrizare, poate determina leziuni hipertrofice ce pot fi confundate cu cancerul timpuriu tip I, dar cicatricea hipertrofică poate fi de fapt un cancer exulcerat și apoi epitelizat. De aceea, în aceste cazuri se vor preleva biopsii multiple, iar dacă acestea sînt negative, bolnavii vor fi urmăriți periodic cu biopsii la fiecare nouă examinare.

Tumorile benigne gastrice (lipoame, neurinoame) sînt acoperite de mucoasă normală, deși uneori pot fi ulcerate. Aspectul formațiunii în întregime, suprafața netedă, semnul Schindler și al cortului permit diferențierea. Biopsia va arăta o mucoasă de aspect normal.

Tipul IIa, seamănă cu tipul I, fiind tot o formă protruzivă însă mai plată, protruziunea avînd, de regulă, sub 1 cm înălțime. Dealtfel, pentru acest tip de cancer se utilizează denumirea de „superficial elevat". Are deci bază largă, este întins în suprafață, de 2—3 cm, cu neregularități sau chiar mici zone ulcerate. Zone ușor elevate alternînd cu altele puțin denivelate pot da aspecte de crater plat pe o zonă în general elevată. Craterele sînt de obicei fără fibrină dar pot exista mici ulcerații acoperite cu membrane alb gălbui. Între mucoasa din jur și leziune există o diferență netă de culoare, cancerul fiind mai intens colorat, roșu, închis. Biopsia se va recolta din leziunea elevată, de la orice nivel, avînd însă în vedere probabilitatea prelevării de material necrotic, inadecvat pentru diagnostic, în cazul în care pe suprafața leziunii există mici ulcerații. Deși se indică prelevarea biopsiilor multiple, primele 2—3 sînt cele mai importante, căci sîngerarea produsă după acestea pot masca leziunea, iar restul biopsiilor să nu mai poată fi atît de bine „țintite".

Se impune diagnosticul diferențial cu eroziunile cronice mai ales dacă acestea sînt în număr limitat. Ombilicarea centrală,

aspectul conic, dimensiunile mai mici și numărul, pledează pentru eroziuni cronice. Biopsiile vor fi multiple cu reexaminări după tratamentul corespunzător afecțiunii și îndepărtarea factorului cauzal.

Cicatricile hipertrofice de ulcer gastric pot să se prezinte la examenul endoscopic sub aspect perfect asemănător cu cancerul timpuriu tip IIa. Nici chiar trecutul ulceros nu poate constitui un element de diferențiere căci epitelizarea unui neoplasm este posibilă. Acești bolnavi vor fi dispensarizați și urmăriți endoscopic cu prelevări bioptice multiple la fiecare examinare.

Tipul IIb este cel mai greu de diagnosticat, prezentîndu-se ca o formă infiltrativă pură, fără să apară diferențe de relief ale mucoasei gastrice ci doar modificări de culoare. Pe suprafața leziunii, care are o nuanță mai închisă de roșu, se pot observa unele mici neregularități sau eroziuni superficiale, mucoasa este mai friabilă, la biopsie se rupe în bucăți mari, cu sîngerare abundentă. Întinderea zonei este, de asemenea, diferită, de la dimensiuni mici, sub 1 cm, pînă la zone mai extinse, de 2—3 cm.

Diferențierea se va face față de zonele de metaplazie intestinală care survin pe mucoasa atrofică și se prezintă tot ca pete roșii aprins diseminate în antru. Numărul mare al leziunilor și examenul bioptic vor tranșa diagnosticul. De remarcat că în aceste zone de metaplazie intestinală, considerate de unii ca stări precanceroase, examenul bioptic poate evidenția modificări displazice de diferite grade, fapt ce poate mări gradul de suspiciune a neoplaziei. Urmărirea în timp și biopsiile repetate sînt obligatorii.

Toate cicatricile de ulcer gastric se pot prezenta, într-o anumită fază de evoluție, ca modificări de culoare ale mucoasei gastrice și deci trebuie diferențiate de cancerul tip IIb. De aceea se impune biopsia chiar atunci cînd cunoaștem trecutul leziunii constatate, dar mai ales cînd aceasta apare ca o primă constatare endoscopică.

Tipul IIc se prezintă ca o ulcerație superficială de întindere diferită, 1—3 cm, rotundă, ovalară sau neregulată, acoperită sau nu cu membrană de fibrină, avînd deci culoare alb-gălbuie sau roșu aprins. Deși există o convergență a pliurilor, acestea se opresc la distanță de leziune și se termină printr-o îngroșare sau, dimpotrivă, printr-o efilare a pliului. Pliurile pot fi de asemenea întrerupte pe mici porțiuni. Prezența acestor pliuri este

frecventă și denotă procesul infiltrativ. Nu se depliseză la insuflarea cu aer. Pot avea orientare orizontală sau, în antru, verticală, vizibile și la examenul radiologic. Alteori pliurile lipsesc și leziunea se găsește pe o mucoasă ce pare normală în jurul leziunii. Biopsiile vor fi prelevate din plină leziune, prin dublă ciupire pentru îndepărtarea membranei de fibrină și eventual din pliurile prezente și infiltrate.

Diferențierea trebuie făcută față de eroziunile acute, medicamentoase, alcoolice sau de altă natură. Aceasta cu atît mai mult cu cît prima manifestare a unui cancer timpuriu IIc poate fi hemoragia digestivă superioară sau acesta poate coexista cu eroziuni acute medicamentoase, în cursul unui episod gripal. Se impun biopsii repetate, multiple. Urmărirea leziunii este de mare importanță, căci eroziunile acute se vindecă rapid, spre deosebire de cancer care persistă.

Ulcerele gastrice superficiale sau cele pe cale de cicatrizare pot să aibă același aspect endoscopic ca și cancerul IIc. Lipsesc pliurile infiltrate, marginile sînt mai regulate, leziunea are profunzime, iar la biopsie lipsește țesutul canceros.

Tipul III sau tipul escavat se deosebește de precedentul doar prin profunzimea leziunii și prin faptul că procesul neoplazic este localizat în buza ulcerului și nu în craterul acesteia. Poate lua naștere din tipul IIb. Se poate prezenta ca un ulcer gastric obișnuit cu margini regulate, cu convergența pliurilor, cu membrană de fibrină curată, alb-gălbuie. De regulă pliurile se opresc însă la distanță și sînt modificate (efilare, îngroșare, întrerupere). Dimensiunea variabilă nu constituie un element de diagnostic. Ulcere mari, profunde, pot fi totuși cancere tip III. Biopsia trebuie prelevată din buza ulcerului, eventual din marginea care prezintă mici neregularități sau pliuri modificate sau din jurul ulcerului pe toată întinderea circumferinței sale. Recoltarea din crater nu are justificare. De regulă se recoltează peste 5 biopsii dacă circumferința ulcerului o permite.

Diferențierea se va face față de ulcerele benigne. Cunoscînd posibilitatea epitelizării cancerelor ulcerate, criteriul micșorării sau închiderii ulcerului sub tratament, deci al testului terapeutic evolutiv, nu constituie un element de diagnostic diferențial. *Avînd posibilitatea endoscopiei, practica testului terapeutic evolutiv este neindicată, putînd induce erori de diagnostic* și necesitînd o perioadă de timp, uneori decisivă pentru indicația operatorie. Singurul criteriu de diagnostic este cel histologic, pe baza prelevărilor bioptice multiple (tabelul I).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul I

Diagnosticul diferențial al cancerului timpuriu

Tipul	Diferențiere față de:	Modalități
I	Polipi benigni	Biopsie — Polipectomie
	Cicatrici hipertrofice	Biopsie + Urmărire
	Eroziuni cronice	Biopsie
IIa	Cicatrici hipertrofice	Biopsie + Urmărire
IIb	Limfoame	Biopsie — Intervenție
IIc	Eroziuni	Biopsie
	Ulcere	Biopsie + Urmărire
III	Ulcere	Biopsie + Urmărire + + Intervenție

Aspectul endoscopic poate constitui un criteriu de diferențiere sau de suspiciune dacă sînt prezente modificările de pliuri, neregularitatea ulcerului, infiltrarea mucoasei din jur, friabilitatea țesuturilor. Acest aspect impune biopsii multiple, repetarea examinării și a recoltărilor bioptice în caz de negativitate sau chiar indicația intervenției chirurgicale dacă aspectul se menține.

Leziunile benigne ulcerate pot intra în discuție numai în cazul ulcerațiilor mari, neregulate, ce pot prinde aproape întreaga leziune benignă, situație în care criteriile de diferențiere sînt reduse, menținîndu-se ca dominantă ulcerarea care, de obicei, este neregulată și produce hemoragii digestive superioare. Biopsia este importantă doar pentru că elimină neoplazia căci în mod obișnuit nu aduce elemente de diagnostic pozitiv. Oricum intervenția chirurgicală se impune și în cazul tumorilor benigne ulcerate, mai ales dacă au produs hemoragii digestive.

Ulcerele de stress ce apar postoperator, la traumatizați, după hemodialize, pot prezenta, margini neregulate, crater profund, acoperit cu membrane murdare, fibrinohematice, elemente ce pot ridica suspiciunea unui neoplasm. Condițiile de apariție, regresiunea rapidă după redresarea stării generale și, eventual, biopsia elucidează diagnosticul.

Formele mixte (IIc+III, IIa+IIc etc.) se prezintă ca ulcerații sau ulcere de diferite mărimi cu mucoasa din jur ușor escavată sau infiltrată, cu marginea în trepte etc. Aceste forme au importanță teoretică sensibilizînd endoscopistul la multiplele as-

Scanned with OKEN Scanner

pecte sub care cancerul timpuriu se poate prezenta, la necesitatea recoltării materialului bioptic din orice leziune constatată și la posibilitatea existenței stadiului timpuriu chiar în prezența unei leziuni care are un aspect foarte neregulat și care poate fi de dimensiuni mai mari. Biopsiile vor fi multiple atît din marginile ulcerației cît și din plină leziune sau chiar din mucoasa înconjurătoare.

Pentru evitarea oricărei surprize *este necesar ca toate ulcerele sau ulcerațiile întîlnite la examenul endoscopic să fie suspicionate de proces neoplazic,* prelevările bioptice fiind obligatorii iar recoltarea acestora se va face din toate zonele lezate și din jurul leziunii.

Avînd în vedere multitudinea aspectelor posibile, la examenul endoscopic, atitudinea examinatorului va fi de vigilență, avînd în minte eventualitatea cancerului el va căuta să elimine cît mai sigur această suspiciune. Biopsiile multiple, examinările repetate sînt necesități de îndeplinit în fața oricărei leziuni al cărui substrat nu este sigur.

CANCERUL GASTRIC AVANSAT

Numim cancer gastric avansat, orice cancer care, în profunzime, a depășit musculara mucoasei. Din acest motiv cancerul avansat are o varietate foarte mare de forme, îndeosebi ca întindere dar și ca profunzime. Cancere mici, localizate, sînt, din punct de vedere al profunzimii, avansate la fel ca și un schirus care prinde întreg stomacul. Din acest motiv, în cadrul cancerelor avansate s-a delimitat categoria (O. Fodor) cancerelor „în faza terapeutic utilă", adică cancerele care pot beneficia încă de actul operator.

Varietatea mărimii, a formelor de prezentare, determină și o mare varietate a simptomatologiei, de la cele asimptomatice sau cu simptome minime: jenă, disconfort abdominal, pînă la dureri atroce, slăbire marcată din greutate, anemie, insuficiență evacuatorie cu vărsături, hemoragii digestive, tumoare palpabilă sau ganglioni evidențiabili la examenul obiectiv.

Se prezintă, de obicei, la examenul endoscopic cu suspiciunea sau chiar cu certitudinea leziunii, întrucît în acest stadiu aproape toate sînt vizibile și radiologic.

Indicația examinării endoscopice este justificată de următoarele:

Scanned with OKEN Scanner

1. O parte din cancerele avansate localizate pe fețe și în porțiunea superioară a corpului gastric pot scăpa examenului radiologic, astfel încît prezența semnelor clinice sau generale impun endoscopia în lipsa manifestărilor radiologice.

2. Prima manifestare a unui cancer avansat poate fi o hemoragie digestivă superioară, endoscopia practicîndu-se pentru elucidarea cauzei hemoragiei.

3. Unele aspecte radiologice pot fi determinate de afecțiuni benigne: mioame, neurinoame sau de existența unor corpi străini intragastrici.

4. Uneori examenul radiologic ridică doar suspiciunea existenței unui proces malign (pliuri îngroșate, porțiune rigidă, ulcer atipic etc.).

5. Endoscopia face indubitabil diagnosticul de cancer prin probare vizuală macroscopică, dar mai ales prin argumentare histologică.

6. Endoscopia aduce elemente, uneori importante, pentru chirurg, privind întinderea leziunii. Astfel, într-un cancer de pol superior, constatarea infiltrării esofagului pe o distanță mai mare de 3—4 cm de la cardie, indică inoperabilitatea. De asemenea, cancere exofitice, apreciabile ca dimensiuni, pot să nu infiltreze mucoasa din jur și deci să ofere încă posibilitatea rezecabilității. Este de reținut totuși că *nu există o corespondență între întinderea leziunii intragastric și extinderea ei intraabdominal*. Leziuni mici pot determina metastaze, iar leziuni extinse pot fi limitate la stomac.

7. În cadrul polipozelor sau a polipilor gastrici transformarea malignă impune examinarea endoscopică.

Avînd în vedere aceste argumente credem că, de fapt, toate cancerele gastrice avansate trebuie văzute endoscopic.

În ce privește biopsia gastrică, aceasta se recoltează din plină leziune, diferențiat, după forma macroscopică de prezentare. De remarcat că un procent însemnat, 15—20% din cancerele avansate pot prezenta biopsii negative. Din acest motiv, indicația chirurgicală se face numai pe baza aspectului endoscopic, dacă acesta este de certitudine, fără a mai aștepta proba histologică.

Cancerele avansate se prezintă sub trei forme macroscopice esențiale: proliferativ (exofitic), ulcerat și infiltrativ. Clasificarea lui Borrmann deosebește două forme de neoplasme ulcerate cu și fără infiltrarea mucoasei din jur (fig. 15).

Scanned with OKEN Scanner

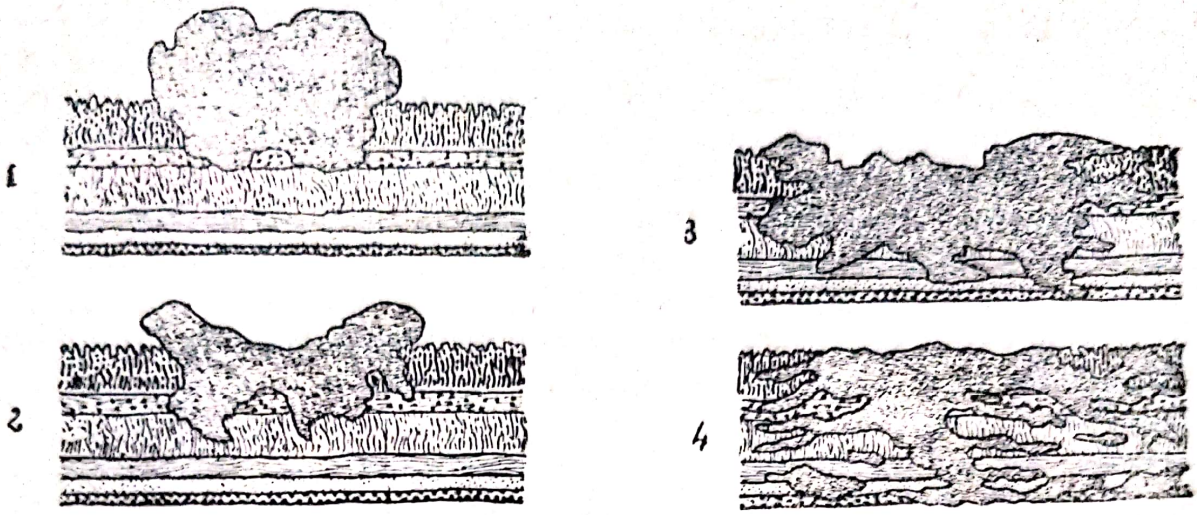


Fig. 15. Clasificarea cancerelor avansate (Borrmann)

1. Tumoare polipoasă, bine delimitată
2. Tumoare „în farfurie" cu margini elevate;
3. Carcinom infiltrativ exulcerat;
4. Carcinom schiros.

La examenul endoscopic, toate cancerele prezintă ulcerații mai mici sau mai mari, mai superficiale sau mai profunde. În foarte rare cazuri, proliferarea poate fi neulcerată sau infiltrația, pură, submucoasă, să nu determine și leziuni de suprafață.

Tipul *proliferativ* se prezintă ca excrescențe de diverse dimensiuni, de culoare albicioasă, cenușie sau roșie aprinsă. Suprafața este neregulată, conopidiformă, polilobată și numai rareori suprafața este netedă. De regulă, există ulcerații alb-cenușii pe suprafață sau zone necrozate în profunzime, astfel încît culoarea leziunii variază de la o zonă la alta. Sînt foarte friabile și sîngerează la cea mai mică atingere. Au baza largă de implantare, iar mucoasa din jur poate fi modificată, infiltrată, friabilă, cu ulcerații superficiale sau indemnă. Dimensiunile leziunii variază foarte mult, de la 1 cm pînă la leziuni mari, extinse, de 4—5 cm. De obicei, există o singură leziune proliferativă, dar uneori sînt prezente 2—3 asemenea leziuni, în cancerele multicentrice sau în polipii malignizați. Aceste forme se întîlnesc mai ales la vîrstnici, la bolnavii cu aclorhidrie, la cei cu anemie pernicioasă.

Biopsiile se vor recolta din leziunea protruzivă cu rezerva posibilității recoltării unui material necrozat și deci a eventualității unei biopsii negative. Din acest motiv se vor preleva

Scanned with OKEN Scanner

biopsii din mai multe zone, uneori cu ciupire dublă din același loc.

Diagnosticul diferențial se face cu polipii benigni care pot avea același aspect macroscopic: sesili, cu suprafață neregulată, cu ulcerații de suprafață sau cu mici necroze, friabili. Diferențierea este și mai grea în cazul polipilor unici, mai ales avînd în vedere posibilitatea malignizării acestora. Biopsiile, dar mai ales polipectomia, decid diagnosticul.

Tumorile benigne au mucoasa de suprafață netedă, de aspect normal, cu pliuri, și suplă la biopsie.

Tipul ulcerat (tipul II și III după Borrmann) cuprinde cancerele care se prezintă sub forma unor ulcere. Tipul II se prezintă ca o ulcerație malignă cu margini elevate, în farfurie, în chiuvetă, neregulată, friabilă, cu mici nodozități. Fondul ulcerului este murdar, cu cheaguri sau membrane fibrinohematice. Mucoasa din jurul craterului este de aspect normal, astfel încît biopsia trebuie recoltată din marginea internă a ulcerului, dar și aici materialul necrotic poate da o biopsie negativă. Aspectul endoscopic este însă tipic și nu pune probleme deosebite de diagnostic diferențial. Totuși, ulcerele gigante, ale vîrstnicilor, intră în discuție mai ales că afectează cu predilecție aceeași vîrstă ca și cancerele. Pentru diferențiere, în afara aspectului endoscopic, prelevarea de biopsii multiple și eventual urmărirea periodică a leziunii va preciza dacă este vorba de ulcer benign sau de cancer.

În fundul ulcerelor gigante pot exista mici neregularități sub forma unor excrescențe de culoare roșu aprins care sînt expresia mugurilor de regenerare în cazul ulcerelor ce merg spre cicatrizare. Asemenea neregularități, cu același aspect, sînt prezente și în cadrul cancerelor ulceriforme, ele fiind expresia proliferării maligne. Biopsia din acești noduli se impune pentru un diagnostic diferențial exact.

Tipul III Bormann se prezintă sub forma unor proliferări ulcerate sau al unor infiltrații elevate, de asemenea ulcerate. Aspectul endoscopic este deci al unei mucoase infiltrate, elevate, friabile în jurul unei ulcerații uneori profunde, neregulate. Dimensiunile sînt de obicei mari, de mai mulți centimetri, aspectul macroscopic fiind evocator. Biopsia este pozitivă atît din mucoasa din jurul ulcerului cît și din craterul ulceros sau din marginea acestuia. Diferențierea față de tumorile benigne ulcerate se impune uneori, dar aspectul mucoasei din jurul ulcerului este normal, iar biopsia de asemenea.

Scanned with OKEN Scanner

Aspecte asemănătoare se pot întîlni în boala Crohn și în boala Hodgkin: mucoasă infiltrată, roșie, congestivă, friabilă, cu zone ulcerate. Biopsia împreună cu contextul clinic permite diagnosticul. Indicația operatorie este însă aceeași pentru oricare din leziunile enumerate și de multe ori numai examenul histologic al piesei de rezecție permite diagnosticul exact. În cazul constatării unei boli Hodgkin la biopsie sau pe piesa de rezecție, ca primă sau unică manifestare a afecțiunii, se impune examenul hematologic complet cu limfografii, precum și tratament corespunzător stadiului afecțiunii.

Limfoamele gastrice, benigne sau maligne, se pot prezenta sub forma unor leziuni infiltrative, ulcerate la nivelul stomacului, de asemenea ca primă sau unică formă de manifestare. De obicei, se constată ulcere multiple, leziunea infiltrativă este extinsă, apare la tineri, iar biopsia arată prezența modificării limfatice în țesutul biopsiat. În cazul biopsiei negative, pe baza aspectului endoscopic, existînd suspiciune de malignitate, se indică intervenția chirurgicală, urmînd ca examenul histologic al piesei să decidă exactitatea diagnosticului.

Forma *infiltrativă* (tipul IV Borrmann) se prezintă sub aspectul unor pliuri mari, îngroșate, rigide, de culoare modificată față de mucoasa din jur, de o nuanță mai închisă, friabile la biopsie, cu ulcerații pe suprafață. Procesul poate fi limitat sau difuz. Dacă procesul este submucos, o vreme modificările endoscopice pot fi minime, iar diagnosticul nu este posibil uneori nici prin biopsie. În aceste cazuri, modificările radiologice sînt de multe ori mai sugestive. De obicei însă, pliurile congestionate, rigide, prezența ulcerațiilor pe suprafață, lipsa de suplețe la biopsie sînt elemente ce pledează pentru diagnostic. Prelevarea se face prin dublă sau triplă ciupire, din același loc, pentru a prinde zone cît mai profunde.

Limfoamele gastrice se pot prezenta sub același aspect endoscopic. Biopsia profundă, folosirea ansei de polipectomie pentru a avea o piesă bioptică reprezentativă, se impun pentru certitudine diagnostică.

Gastrita Ménétrier poate pune, de asemenea, probleme de diagnostic diferențial, pentru că aspectul endoscopic este asemănător. Și aici, constatarea elementelor de hiperplazie foveolară pe materialul bioptic, a exudației proteice în sucul gastric, sînt elemente de diagnostic diferențial.

În sindromul Zollinger-Ellison se constată îngroșarea pliurilor gastrice la nivelul corpului gastric, de asemenea mici

Scanned with OKEN Scanner

ulcerații pe suprafață. Modificările nu sînt însă atît de marcate ca în procesele neoplazice, pliurile păstrează o suplețe, nu sînt friabile.

Hiperplazia celulelor G se produce în antru și determină, la acest nivel, modificări ale pliurilor, cu îngroșare, cu mici ulcerații, dar, de asemenea, cu suplețe, cu lipsa elementului canceros pe piesa de biopsie.

Gastritele alergice, medicamentoase, pot determina modificări importante. Pliurile apar îngroșate, congestionate, mucoasa mată, fără luciu, cu eroziuni multiple la suprafață. La biopsie sînt însă suple, urmează pensa, lipsește modificarea histologică de tip canceros, există elementul anamnestic și în plus evoluția în timp este rapid favorabilă, după îndepărtarea factorului cauzal.

În unele cazuri, există o aglomerare de pliuri la nivelul unghiului gastric pe marea curbură care, radiologic, ridică suspiciunea de neoplazie. La insuflație poate persista dar nu apar modificări de suprafață și se păstrează suplețea normală, mucoasa urmînd pensa de biopsie. Pe materialul bioptic nu se constată deviații de la normal.

În tabelul II sînt sintetizate leziunile cu care se face diagnosticul diferențial al cancerului avansat, precum și modalitățile de diferențiere.

În concluzie, pentru un diagnostic precis al cancerului gastric examinarea endoscopică trebuie să fie completă, minuțioasă și însoțită întotdeauna de prelevări bioptice. Posibilitatea unui

Tabelul II

Ponderea diagnostică a mijloacelor de investigație în principalele afecțiuni gastrice

	Endoscopie	Biopsie	Urmărire
Cancer avansat	+++	+	0
Cancer timpuriu	++	+++	0
Ulcer gastric	++	+++	++
Polipi	+	Polipectomie	++
Eroziuni gastrice	++	++	++
Limfoame gastrice	+	+	+
Cicatrici ulcere	+	+++	++

Scanned with OKEN Scanner

cancer gastric trebuie avută permanent în minte, în fața oricărei leziuni, chiar dacă există elemente anamnestice care să pledeze pentru o afecțiune benignă.

ULCERUL GASTRIC

Este un defect circumscris al mucoasei gastrice, care în profunzime poate prinde mucoasa, musculara mucoasei și chiar submucoasa și musculara proprie. Clasificarea lui Murakami împarte, după profunzime, ulcerele gastrice în patru tipuri:

Ul. I atinge numai mucoasa și reprezintă de fapt eroziuni ale acesteia;

Ul. II străpunge musculara mucoasei și ajunge în submucoasă;

Ul. III invadează musculara proprie,

Ul. IV penetrează musculara proprie și atinge seroasa.

Se diferențiază, de asemenea, ulcerele acute de cele cronice dar deosebirea este dificilă în lipsa histologiei. În cele cronice, histologic se constată existența țesutului granulativ și fibros.

Clinic, este prezentă durerea epigastrică cu caracteristicile cunoscute de ritmicitate și periodicitate. Slăbirea din greutate, anemia și hemoragiile digestive superioare constituie, de asemenea, posibilități de manifestare.

Avînd în vedere că ulcerele gastrice sînt de obicei mari, că stomacul poate fi bine explorat radiologic, diagnosticul de ulcer se stabilește, în marea majoritate a cazurilor, prin examen radiologic și, de obicei, bolnavii vin cu acest diagnostic la examenul endoscopic. Diagnosticul pozitiv de ulcer gastric se face numai rareori exclusiv endoscopic și anume la ulcerele de fețe, la cele sus situate. Totuși, *endoscopia este obligatorie* în toate ulcerele gastrice căci ea *permite diagnosticul lor diferențial*. Diagnosticul diferențial se impune în toate cazurile căci:

1. 4—5% din ulcerele gastrice care au toate caracterele clinice, secretorii, radiologice și chiar endoscopice de benignitate pot fi cancere gastrice. Endoscopia este necesară pentru prelevare de material bioptic, pentru că numai examenul histologic dă siguranța diagnosticului.

2. Pentru a afirma benignitatea unui ulcer, este necesară o probă „materială", examenul histologic al biopsiei, singurul

Scanned with OKEN Scanner

care poate scuti un ulcer de suspiciunea sau „acuzația" de malignitate, supoziție ce vine în discuție la fiecare ulcer.

3. 75—80% din cancerele gastrice se prezintă sub formă ulcerată. În cursul procesului de vindecare a ulcerului gastric benign, pot apărea modificări ale aspectului sau formei, încît să ridice suspiciunea de cancer.

4. Cancerele gastrice se pot epiteliza, astfel încît, proba terapeutică nu constituie un criteriu de diagnostic diferențial.

5. Comportarea secreției gastrice nu ajută la diferențiere, existînd ulcere gastrice benigne cu hipoaciditate și cancere gastrice normo- sau hiperacide.

6. Ulcerele gastrice se prezintă sub o varietate de forme, de dimensiuni, cu localizări diverse ce implică aspecte deosebite, astfel încît nu se pot stabili criterii de certitudine ale benignității sau malignității.

7. Procesul de vindecare, evoluția cicatricii ulceroase trebuie urmărite endoscopic și biopsiate pentru a avea siguranța diagnosticului.

Ulcerul gastric se prezintă cel mai adesea sub formă rotundă, cu margini regulate, drepte cu tăietură netă, situate pe o zonă congestivă, roșie, ceva mai infiltrată, cu pliurile mucoasei convergente. Convergența pliurilor este mai bine vizibilă pe stomacul incomplet insuflat, sau la vechii ulceroși, unde se creează pliuri stabile, bine vizibile. În mod obișnuit, edemul din jurul ulcerului, distensia mucoasei gastrice prin insuflare, fac ca pliurile gastrice să dispară încît convergența acestora nu este un semn constant și nici obligatoriu.

Constatarea unui pliu transversal, circular, proeminent în lumenul gastric este însă un semn important de diagnostic și urmărirea acestuia spre mica curbură permite uneori depistarea ulcerului. Acest pliu transversal trebuie diferențiat de unghiul gastric, aspectul endoscopic fiind asemănător. Cu timpul se poate realiza o strîmtare progresivă a lumenului la acest nivel, ducînd la o stenozare mai mult sau mai puțin importantă medio-gastrică.

Ulcerul gastric se poate prezenta și sub alte forme, ovalară, pătrată, romboidală, triunghiulară. Ulcerul linear, cu lungime variabilă, de 1—3 cm, reprezintă o formă de evoluție spre vindecare. Dealtfel și celelalate forme pot trece una în cealaltă în cursul evoluției naturale a ulcerului. Important este că simptomatologia este prezentă în oricare din formele macroscopice și că după aspectul macroscopic nu putem stabili faza

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 1. Esofagită moderată (eroziuni, cicatrici).

Fig. 2. Esofagită severă cu ulcer esofagian.

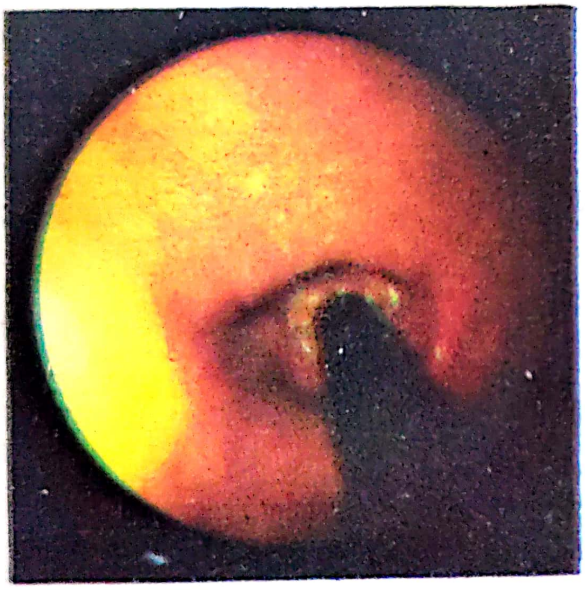


Fig. 3. Hernie hiatală (retroviziune gastrică).

Fig. 4. Varice esofagian de calibru moderat.

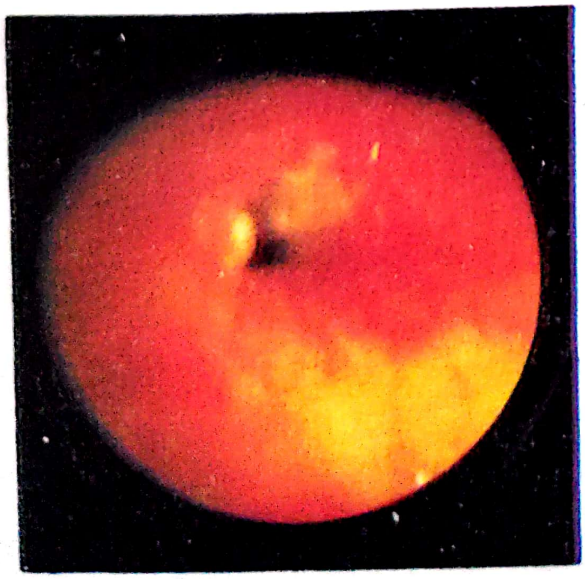


Fig. 5. Cancer esofagian stenozant.

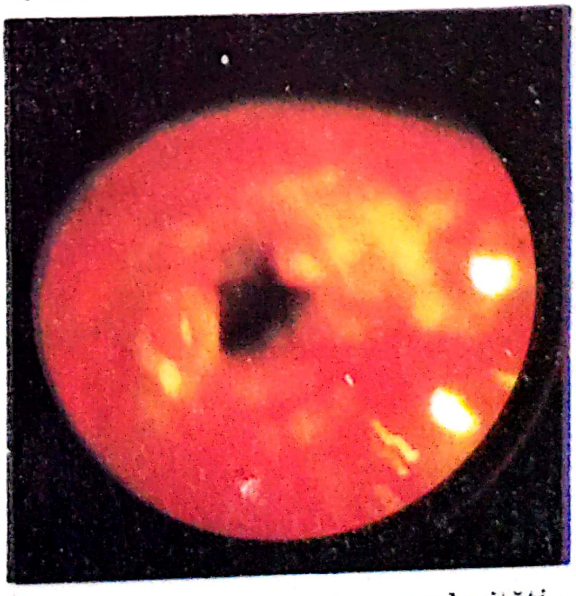


Fig. 6. Cancer esofagian, nodozități caracteristice.

Scanned with OKEN Scanner

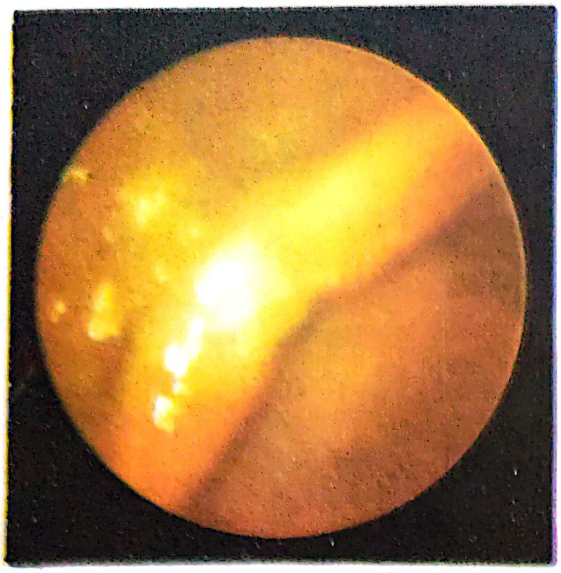


Fig. 7. Cancer timpuriu IIc.

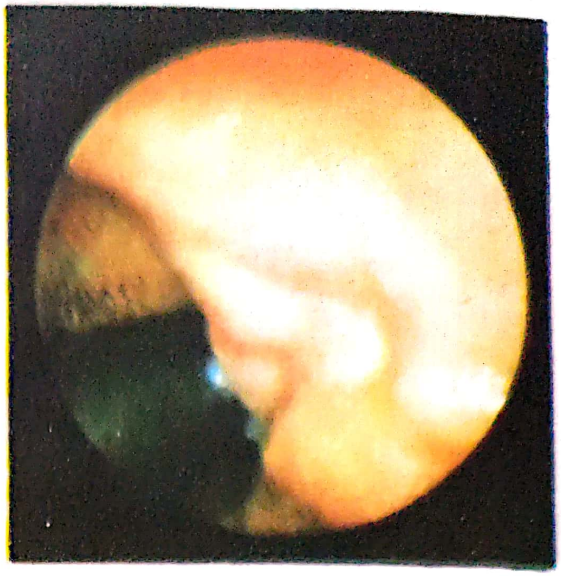


Fig. 8. Cancer timpuriu III, subcardinal, pe mica curbură.

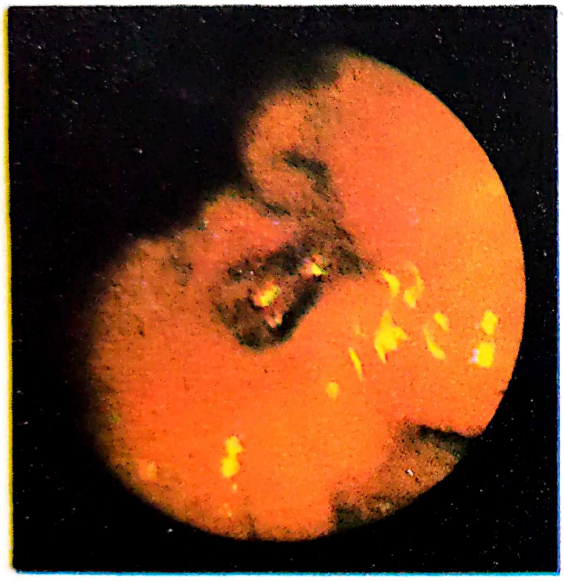


Fig. 9. Cancer timpuriu III.

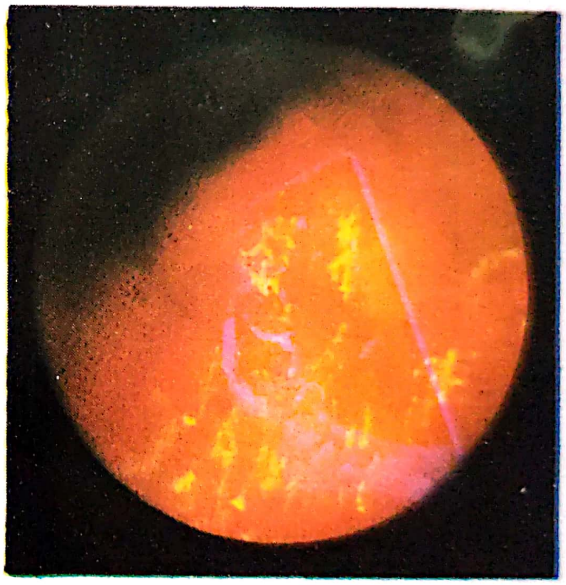


Fig. 10. Cancer timpuriu IIa.

Fig. 11. Cancer timpuriu IIb (diferență de culoare).

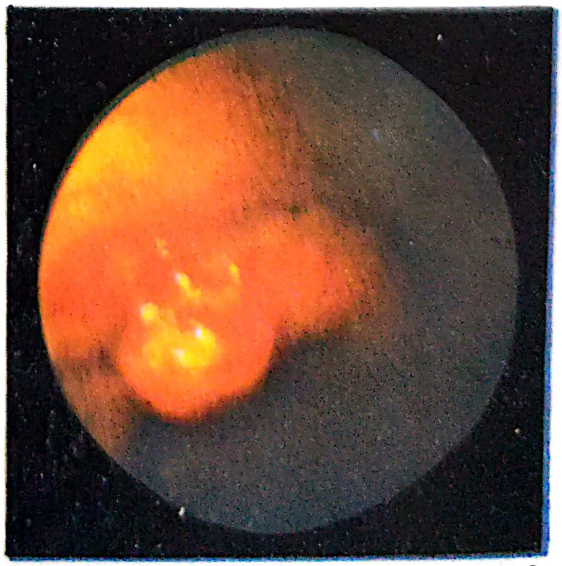


Fig. 12. Cancer timpuriu tip I.

Scanned with OKEN Scanner

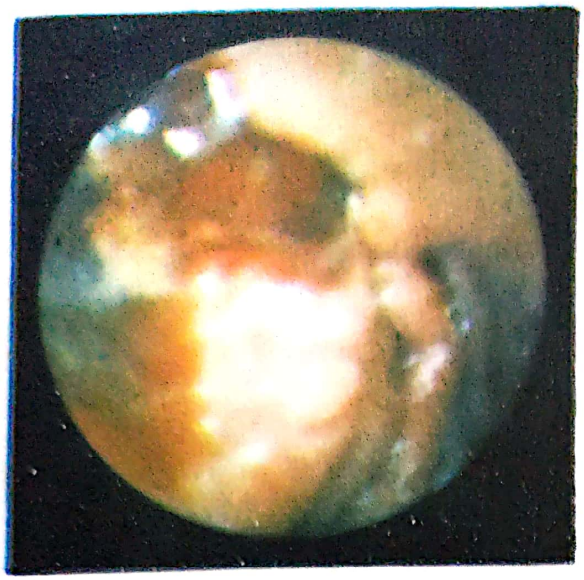


Fig. 13. Cancer avansat, formă proliferativă.

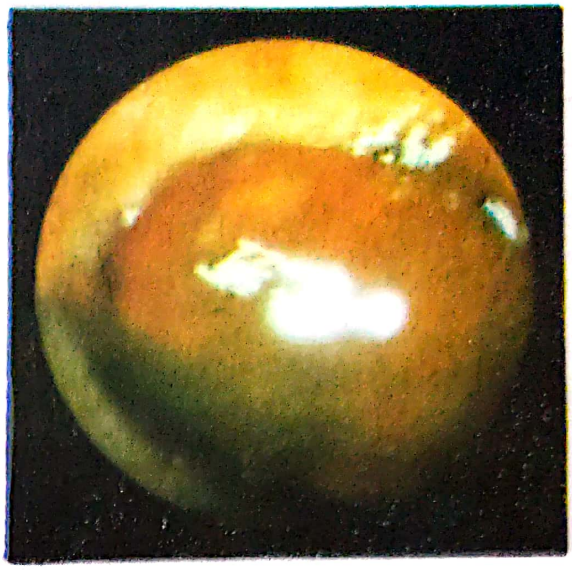


Fig. 14. Cancer avansat, formă proliferativă (suprafață netedă).

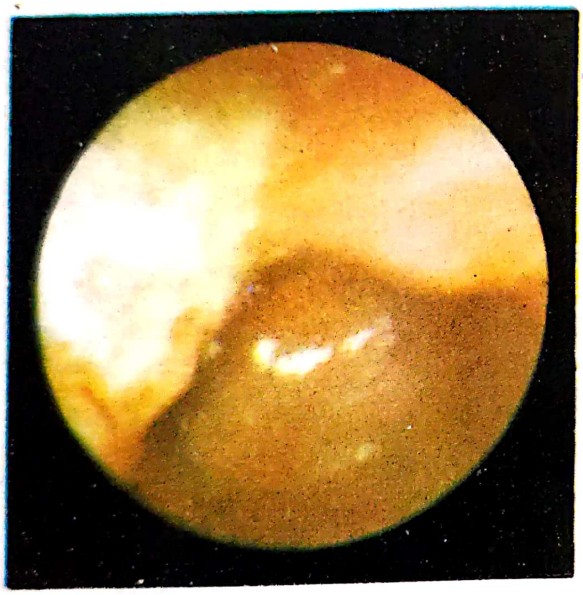


Fig. 15. Cancer avansat formă ulcerată (tip II Borrmann).

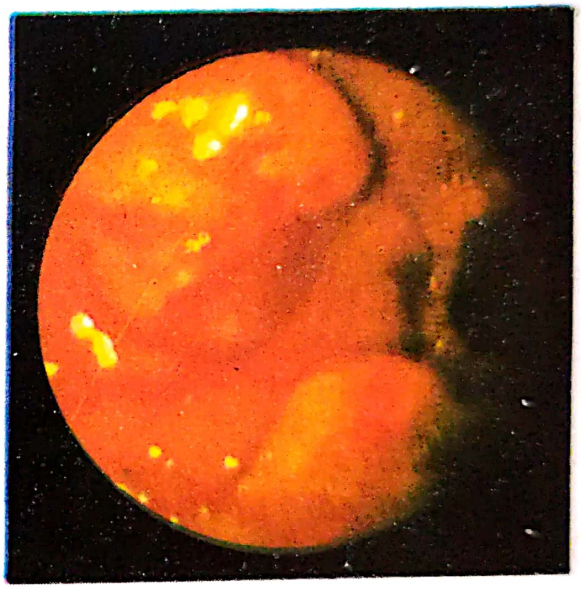


Fig. 16. Cancer avansat (tip III Borrmann) .

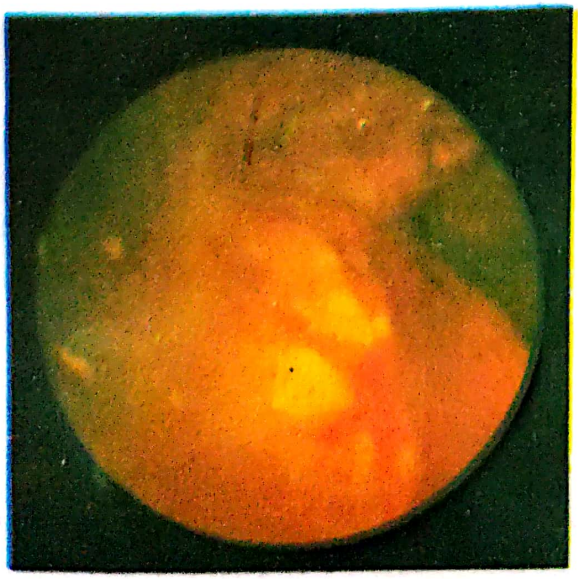


Fig. 17. Cancer avansat formă infiltrativă.

Fig. 18. Tumoare benignă (semnul Schindler).

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 19. Polip antral (hiperplaziogen).

Fig. 20. Polip piloric (insuficienţă evacuatorie).

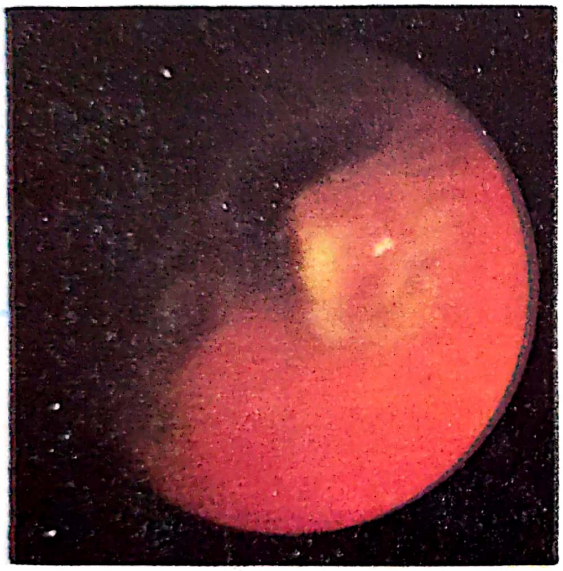


Fig. 21. Polipul secţionat.

Fig. 22. Locul polipului.

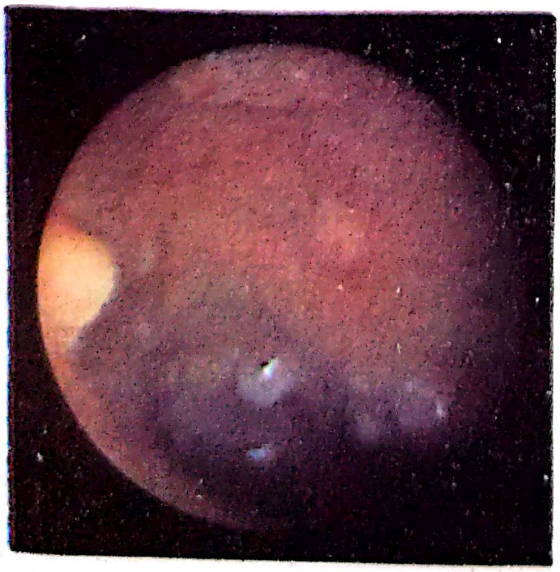


Fig. 23. Polipoză gastrică.

Fig. 24. Corp străin intragastric (măslină).

Scanned with OKEN Scanner

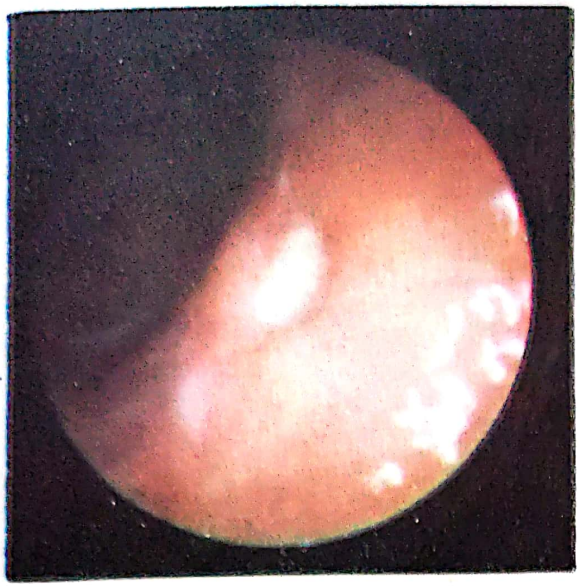


Fig. 25. Ulcer gastric, ovalar, superficial.

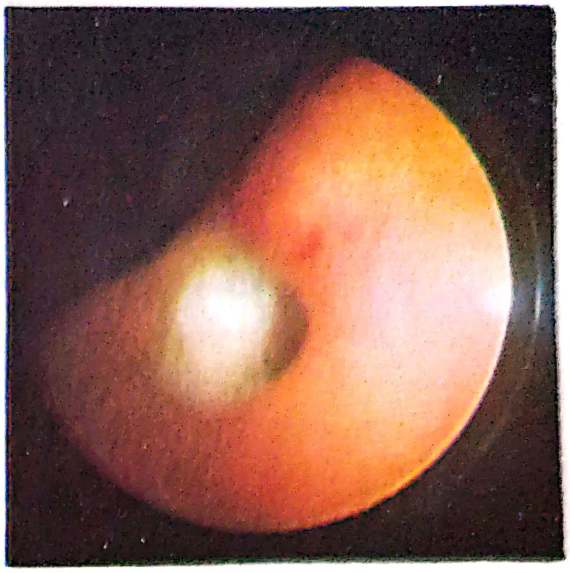


Fig. 26. Ulcer gastric, rotund, profund, cu margini regulate.

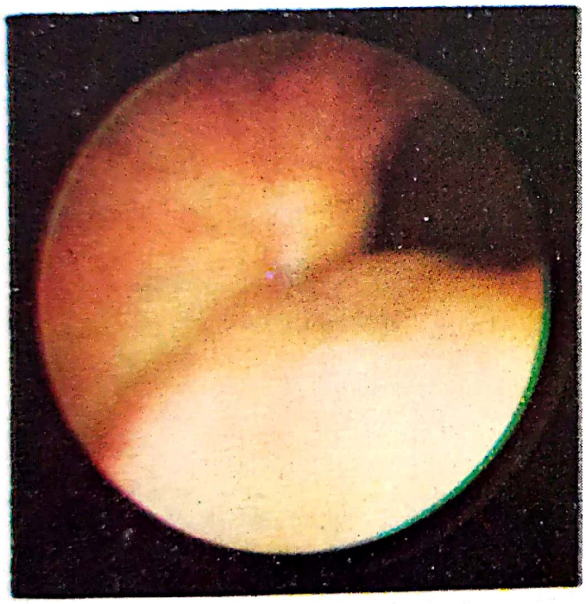


Fig. 27. Mic ulcer gastric. Început de stenoză mediogastrică.

Fig. 28. Cicatrice lineară de ulcer.

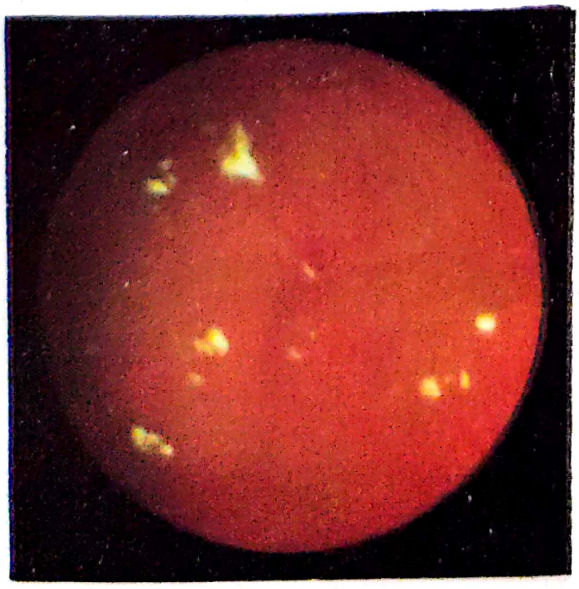


Fig. 29. Cicatrice punctiformă.

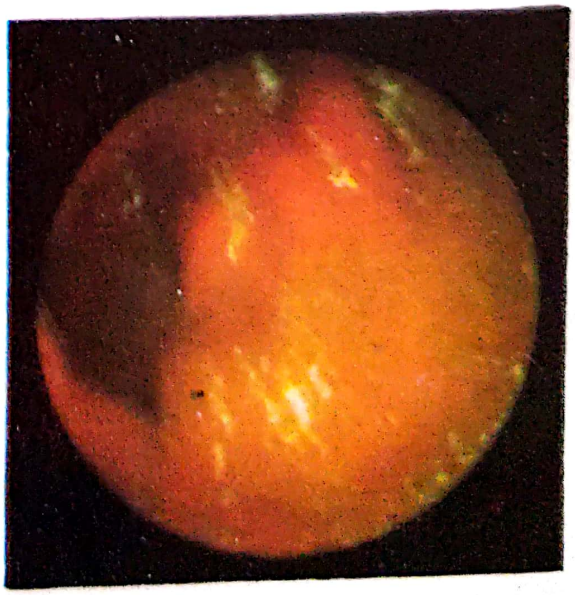


Fig. 30. Cicatrice hipertrofică de ulcer.

Scanned with OKEN Scanner

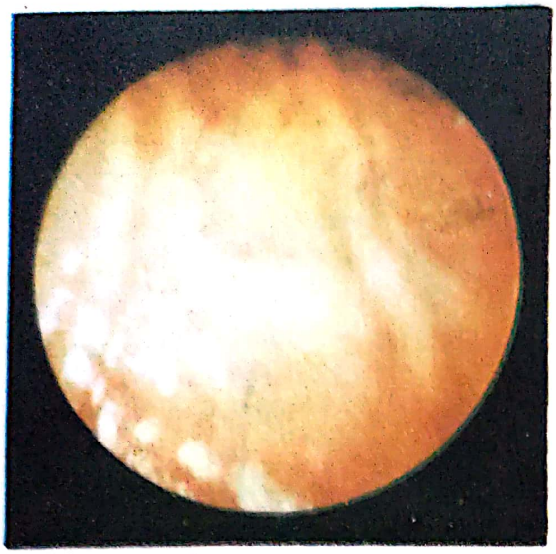


Fig. 31. Gastrică purpurică.

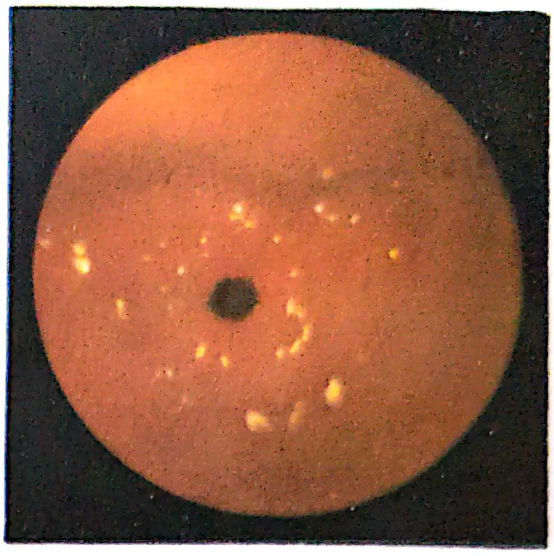


Fig. 32. Gastrită antrală (de reflux).

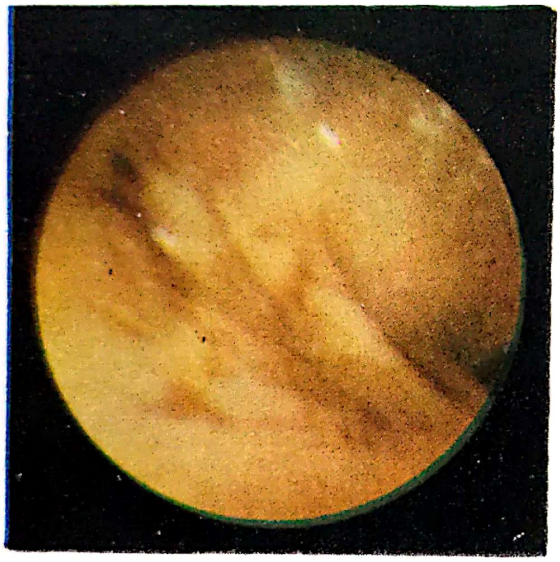


Fig. 33. Eroziuni gastrice acute.

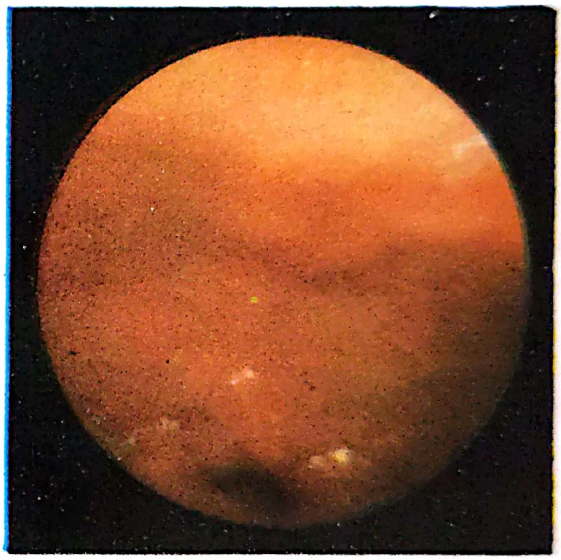


Fig. 34. Eroziuni gastrice cronice (complete).

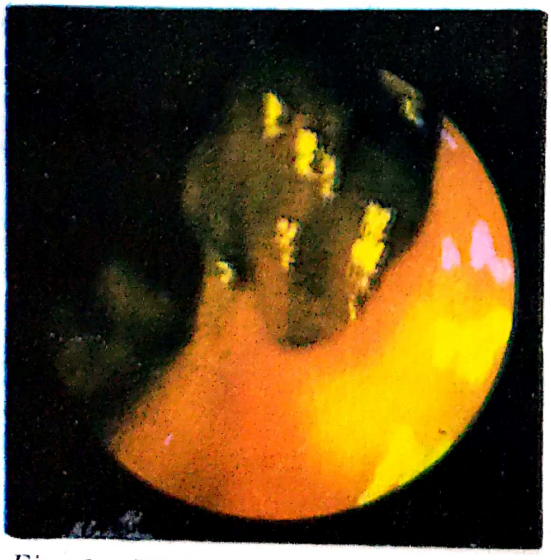


Fig. 35. HDS — Ulcer gastric acoperit de cheag.

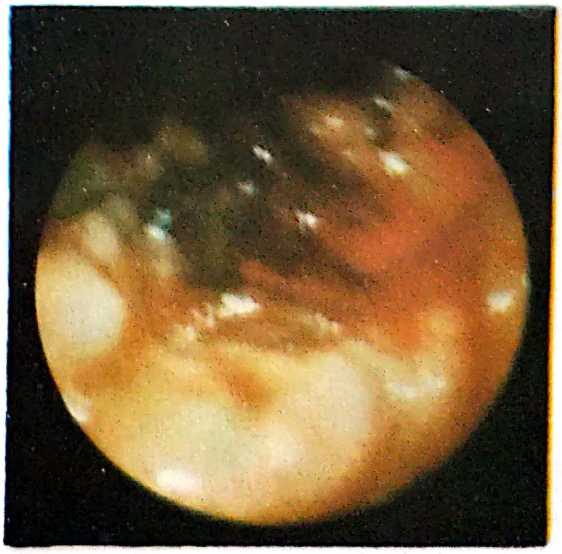


Fig. 36. HDS — Cancer gastric sîngerînd.

Scanned with OKEN Scanner

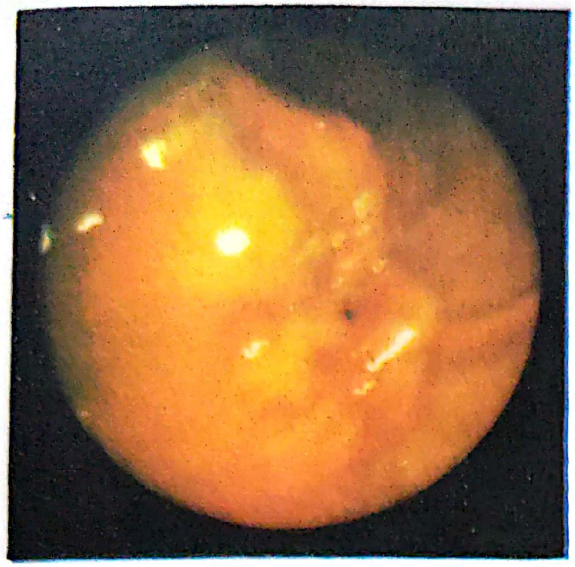


Fig. 37. Stomac operat. Aspect polipoid al gurii de anastomoză.

Fig. 38. Stomac operat, fire restante.

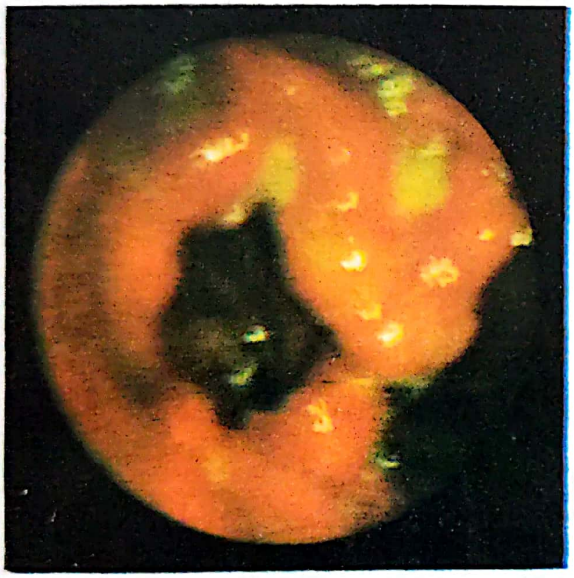


Fig. 39. Stomac operat, cancer, infiltrativ.

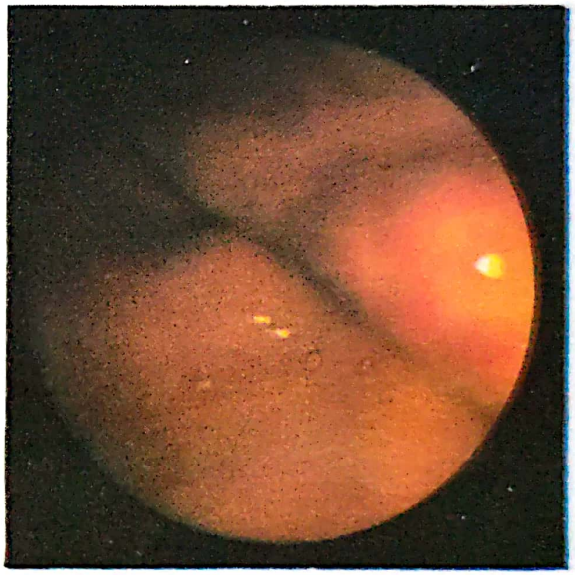


Fig. 40. Cancer incipient IIa (pe bont).

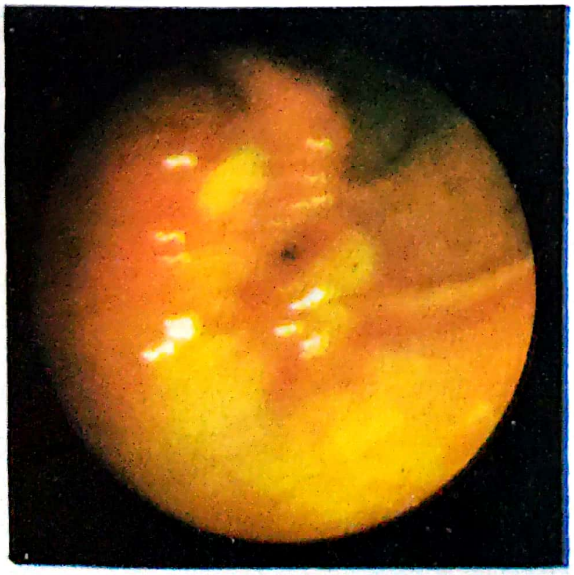


Fig. 41. Stomac operat, mic ulcer peptic.

Fig. 42. Stomac operat, cancer de bont, formă proliferativă.

Scanned with OKEN Scanner

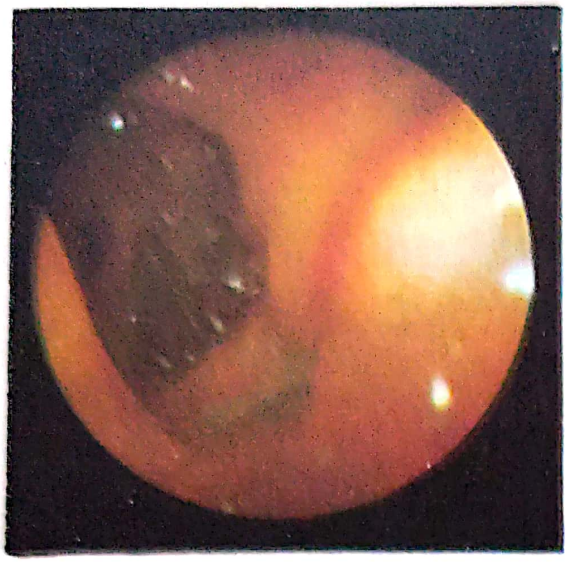


Fig. 43. Ulcer piloric.

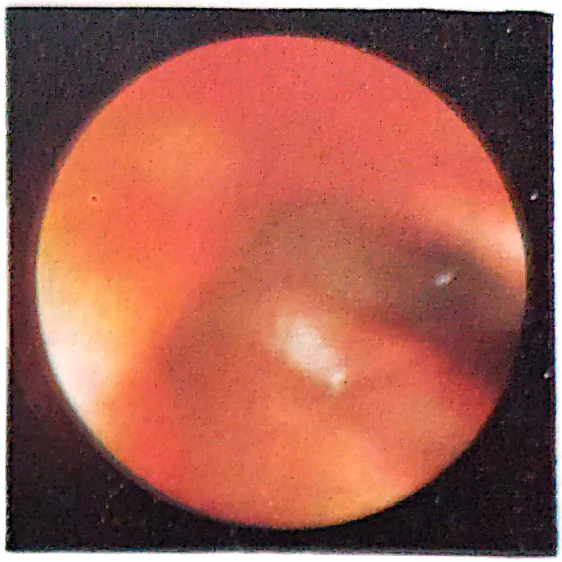


Fig. 44. Ulcer duodenal.

Fig. 45. Bulb deformat, pliu transversal persistent.

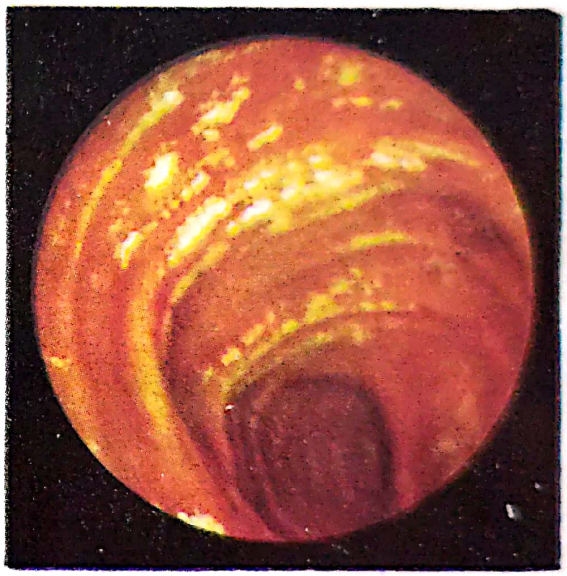


Fig. 46. Mucoasă duodenală normală (DII).

Fig. 47. Stenoză duodenală.

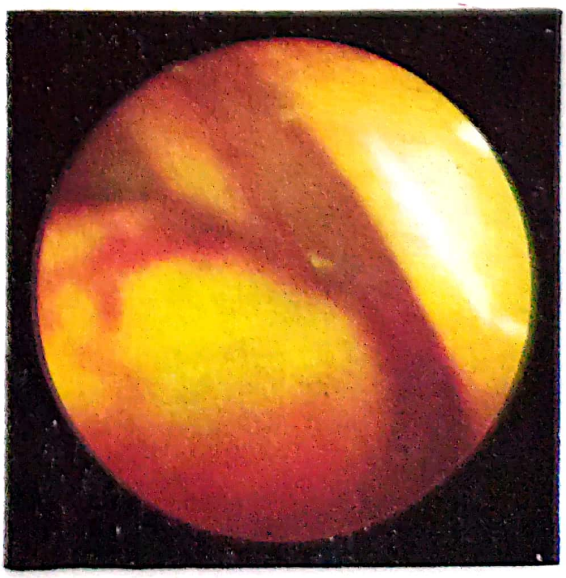


Fig. 48. Ampulom vaterian.

Scanned with OKEN Scanner

evolutivă a ulcerului. Craterul ulceros este întotdeauna de culoare alb-gălbuie, determinat de membrana de fibrină care acoperă ulcerul. Uneori se disting mici puncte roșii, urmare a unor mici hemoragii sau prezența unor mici noduli de regenerare, sub forma unor neregularități ale craterului.

Profunzimea ulcerului este variabilă, unele ulcere, sau într-o anumită fază de evoluție, pot fi superficiale, confundabile cu ulcerațiile pe cînd altele pot fi foarte profunde, penetrante.

Dimensiunile variază, de asemenea, în limite foarte largi, de la dimensiuni sub 1 cm pînă la 3—4 sau chiar 5 cm diametru. Aprecierea dimensiunii se poate face estimativ, prin experiență îndelungată, sau prin măsurare, cu instrumentul de măsurare, sau prin apreciere față de deschiderea pensei de biopsie.

Va fi urmărită peristaltica, comportarea ulcerului față de unda peristaltică. De obicei, infiltrația edematoasă din jurul ulcerului determină un grad de rigiditate al acestuia.

Faza de activitate, dureroasă, este caracterizată prin prezența marginilor roșu aprins, congestia și infiltrarea periulceroasă.

Ieșirea din faza dureroasă se caracterizează prin estomparea modificărilor de culoare între mucoasa gastrică și cea periulceroasă. Se pot observa modificări ale reliefului gastric: scurtări ale micii curburi, deschideri ale unghiului gastric, pliu circular persistent.

Localizările cele mai frecvente ale ulcerelor gastrice sînt la nivelul unghiului sau ușor deasupra lui pe mica curbură. Această zonă va fi întotdeauna amănunțit explorată, atît prin viziune directă cît și prin retroviziune. Uneori, simpla constatare a unei zone congestive, ușor edematiate poate indica existența unui ulcer și impune explorarea amănunțită a regiunii respective sau constatarea unor pliuri ce nu se destind sau a unor modificări de anatomie a stomacului descrise anterior.

La vîrstnici și la ulcerele situate sus spre cardie, dimensiunile sînt de obicei mai mari, pot fi profunde, cu margini neregulate.

Marea curbură, este de obicei deformată în sticlă de ceasornic cu elevarea marginilor ulcerului față de mucoasa din jur.

Ulcerele situate sus, pe fețele stomacului, sau chiar și cele de pe mica curbură sînt greu de văzut la intrarea în stomac cu endoscopul cu privire axială. Explorarea prin retroviziune

Scanned with OKEN Scanner

sau folosirea endoscopului cu privire laterală vor mări gradul de accesibilitate și de observare a ulcerului, precum și posibilitățile de prelevare bioptică corectă și multiplă. Folosirea endoscopului cu privire laterală se impune cînd bolnavul vine cu un ulcer diagnosticat, cu localizare superioară sau de față, la reexaminarea unui astfel de ulcer sau după o primă examinare cu endoscopul cu privire axială.

Biopsiile vor fi prelevate din marginile ulcerului, și anume din marginea internă, de pe toată circumferința sa. Dacă există zone care diferă ca aspect față de restul circumferinței, biopsiile vor fi recoltate cu predilecție din aceste zone. Numărul biopsiilor variază după dimensiunea ulcerului, suspiciunea endoscopică. Experiența proprie arată că la ulcerele obișnuite, situate între 1—1,5 cm, un număr de 4—5 biopsii sînt suficiente pentru un diagnostic precis.

La un ulcer de dimensiuni obișnuite, între 1 și 2 cm, după primele 4—5 biopsii, sîngerarea care se produce va face ca prelevările ulterioare să nu mai fie atît de precis țintite și deci va crește gradul de nesiguranță în loc să ducă la creșterea acurateței diagnostice.

Într-un număr de cazuri (sub 10%), se pot constata ulcere multiple. În aceste cazuri, se impune explorarea și descrierea tuturor ulcerelor după aceleași criterii: aspect, dimensiuni, comportarea pliurilor și a mucoasei din jur. De asemenea, biopsiile se vor preleva din marginea tuturor ulcerelor și vor fi puse în recipiente separate.

Se va urmări la fiecare prelevare să existe material suficient. În caz contrar, biopsia se repetă din același loc. Pentru ulcerele de la nivelul unghiului gastric, prelevările din buza superioară sînt dificile la examenul direct și se vor face în poziția de retroviziune. Pentru biopsierea tuturor marginilor este necesară uneori modificarea poziției bolnavului.

Diagnosticul diferențial se impune față de cancerul gastric timpuriu (tip IIc sau III) și avansat. Uneori nu există semne macroscopice de diferențiere, ceea ce impune cu necesitate examenul bioptic obligatoriu la toate ulcerele.

Constatarea unor modificări de pliuri, îngroșare, rigiditate, oprire la distanță de leziune, efilare, întrerupere constituie tot atîtea semne de suspiciune a neoplaziei, obligînd la biopsiere multiplă, amănunțită, nu numai de la nivelul leziunii, ci și din pliurile modificate.

Scanned with OKEN Scanner

Întîrzierea închiderii ulcerului sub tratament, aspectul staționar, ca formă și dimensiuni la examinări repetate sînt, de asemenea, semne de suspiciune.

Ulcerele acute, benigne, se deosebesc greu prin examen endoscopic; neregularitățile pe care uneori le prezintă ridică mai degrabă suspiciunea unui proces malign. Situația generală de apariție, biopsiile și evoluția sînt indicii de diagnostic.

Ulcerările tumorilor benigne pot intra în discuție, dar comportarea mucoasei care este neinfiltrată și în același timp observarea protruziei importante a formațiunii ulcerate sînt elemente de diagnostic.

Procesul de vindecare, de epitelizare a ulcerului va fi urmărit endoscopic, acesta constituind un criteriu de diagnostic. De asemenea, poate constitui un element de apreciere al eficienței terapeutice a medicamentului utilizat. De regulă, ulcerele gastrice se micșorează în suprafață, devin superficiale, se transformă în ulcere lineare și apoi într-o cicatrice plană, lineară sau stelată, observabilă ca o linie albă palidă, înconjurată de o zonă congestivă. Spre această cicatrice pot să conveargă pliuri, întreaga zonă poate fi ușor elevată sau dimpotrivă, ușor denivelată.

Alteori, pot lua naștere cicatrici hipertrofice care se prezintă ca zone elevate, congestive, ușor neregulate ce pun probleme de diagnostic diferențial cu cancerul timpuriu tip IIa. Și cicatricile ulceroase vor fi urmărite în timp și biopsiate, acestea fiind considerate (Kawai) leziuni precanceroase.

Uneori, rămîn mici denivelări punctiforme care pot fi observate endoscopic, iar radiologic pot crea falsa impresie de persistență a nișei.

Retracțiile curburilor, modificările unghiului gastric, persistența unor pliuri transversale sînt, de asemenea, semne ale vindecării ulcerului.

După un timp cicatricea ulceroasă nu mai este vizibilă endoscopic.

GASTRITELE

Sînt inflamații ale mucoasei gastrice, de natură diferită. Există două entități care se suprapun doar parțial: gastrita ca suferință clinică și gastrita ca realitate histologică. Cea de

Scanned with OKEN Scanner

Întîrzierea închiderii ulcerului sub tratament, aspectul staționar, ca formă și dimensiuni la examinări repetate sînt, de asemenea, semne de suspiciune.

Ulcerele acute, benigne, se deosebesc greu prin examen endoscopic; neregularitățile pe care uneori le prezintă ridică mai degrabă suspiciunea unui proces malign. Situația generală de apariție, biopsiile și evoluția sînt indicii de diagnostic.

Ulcerările tumorilor benigne pot intra în discuție, dar comportarea mucoasei care este neinfiltrată și în același timp observarea protruziei importante a formațiunii ulcerate sînt elemente de diagnostic.

Procesul de vindecare, de epitelizare a ulcerului va fi urmărit endoscopic, acesta constituind un criteriu de diagnostic. De asemenea, poate constitui un element de apreciere al eficienței terapeutice a medicamentului utilizat. De regulă, ulcerele gastrice se micșorează în suprafață, devin superficiale, se transformă în ulcere lineare și apoi într-o cicatrice plană, lineară sau stelată, observabilă ca o linie albă palidă, înconjurată de o zonă congestivă. Spre această cicatrice pot să conveargă pliuri, întreaga zonă poate fi ușor elevată sau dimpotrivă, ușor denivelată.

Alteori, pot lua naștere cicatrici hipertrofice care se prezintă ca zone elevate, congestive, ușor neregulate ce pun probleme de diagnostic diferențial cu cancerul timpuriu tip IIa. Și cicatricile ulceroase vor fi urmărite în timp și biopsiate, acestea fiind considerate (Kawai) leziuni precanceroase.

Uneori, rămîn mici denivelări punctiforme care pot fi observate endoscopic, iar radiologic pot crea falsa impresie de persistență a nișei.

Retracțiile curburilor, modificările unghiului gastric, persistența unor pliuri transversale sînt, de asemenea, semne ale vindecării ulcerului.

După un timp cicatricea ulceroasă nu mai este vizibilă endoscopic.

GASTRITELE

Sînt inflamații ale mucoasei gastrice, de natură diferită. Există două entități care se suprapun doar parțial: gastrita ca suferință clinică și gastrita ca realitate histologică. Cea de

Scanned with OKEN Scanner

a doua constituie gastrita adevărată, care are corespondent endoscopic, dar nu întotdeauna este însoțită de simptome clinice, ci poate constitui doar o simplă constatare.

Disconfortul, senzația de greutate epigastrică, arsurile epigastrice sau durerea sînt semnele cele mai obișnuite pe care le acuză bolnavul.

Se descrie o gastrită acută și una cronică, gastrite parcelare și gastrite difuze. Gastrita cronică poate fi superficială sau atrofică, iar aceasta din urmă poate prezenta zone de metaplazie intestinală. Se mai descriu gastrite hipertrofice sau, mai corect, hiperplaziile gastrice care iau naștere prin proliferarea unuia din elementele constitutive ale mucoasei: hiperplazia foliculară, hiperplazia glandulară și hiperplazia limfatică.

Gastrita erozivă constituie, de asemenea, o entitate aparte și acest termen tinde să fie înlocuit cu cel de eroziuni gastrice, întrucît nu întotdeauna elementul inflamator este prezent.

Gastritele acute se prezintă sub forma unei hiperemii difuze a mucoasei gastrice. Hiperemia, congestia poate fi limitată numai la antru sau la corp. Mucoasa își pierde luciul, se constată exudație și mici puncte roșii ce se observă prin transparența mucoasei sub forma unor peteșii localizate sau extinse. Biopsia se recoltează din plină zonă modificată. Dacă modificările sînt minime examinarea endoscopică trebuie făcută după o apropiere maximă de mucoasă pentru a observa micile modificări peteșiale sau purpurice.

Deosebirea, îndeosebi cînd modificarea este limitată la antru, se va face față de o infiltrație neoplazică. În acest caz, există însă mici ulcerații de suprafață și o friabilitate marcată a mucoasei.

Gastrita cronică. *Gastrita superficială* este greu de diagnosticat endoscopic. Constatarea unei ușoare congestii, îndeosebi antrale, concomitent cu existența unui reflux biliar abundent în stomac, pot ridica suspiciunea unei gastrite de reflux. Antrul poate fi congestionat în totalitate, zonele congestive se pot prezenta sub forma unor pete dispersate sau sub forma unor cordoane longitudinale ce converg spre pilor. Biopsia permite diagnosticul histologic.

Gastrita atrofică are individualitate endoscopică. Se prezintă ca o mucoasă cu luciu și transparență crescută, cu desenul vascular bine vizibil (aspect de fund de ochi). În antru,

Scanned with OKEN Scanner

de obicei mucoasa este mai mată, cu friabilitate crescută, fără pliuri. Procesul gastric poate fi difuz sau limitat la antru sau la corp. Constatarea atrofiei gastrice impune un control minuțios al întregului stomac deoarece ne aflăm in prezența unei afecțiuni cu risc crescut de dezvoltare a cancerului.

Gastrita atrofică cu metaplazie intestinală se prezintă sub forma unor pete congestive, închise la culoare care contrastează cu mucoasa atrofică, transparentă și strălucitoare din jur. Aceste zone pot fi confluente sau dispersate, sînt ușor elevate față de mucoasa din jur și pun problema diferențierii față de cancerul timpuriu tip IIa sau IIb. De aceea se impune prelevarea de material bioptic, mai ales dacă zonele de metaplazie sînt limitate ca număr.

Cicatricile ulceroase se pot confunda și ele cu zonele de metaplazie intestinală (dealtfel, țesutul de epitelizare conține elemente ale metaplaziei). Deosebirea se face prin unicitatea leziunii, modificarea de pliuri, cu convergența acestora, eventuale modificări ale curburilor, dar, biopsiile se impun în ambele situații.

Gastritele hipertrofice, sau mai corect *hiperplaziile gastrice,* se caracterizează prin îngroșarea și infiltrarea pliurilor gastrice.

Pot fi asimptomatice sau se pot prezenta sub aspect clinic divers, aparținînd afecțiunii în care sînt prezente.

Hiperplazia foveolară determină boala Ménétrier, hip rplazia glandulară, cu celule parietale, se întîlnește în sindromul Zollinger-Ellison, cea a celulelor G, în hiperplazia gastrinică antrală și, în fine, hiperplazia țesutului limfatic, în limfoamele gastrice.

Din punct de vedere practic este importantă semnalarea pliurilor mari, îngroșate, rigide, uneori gigante, cu mucoasa erodată la suprafață. Diferențierea se impune față de cancerul gastric infiltrativ unde lipsa de suplețe este mai importantă și friabilitatea la biopsie mai mare.

Aceste afecțiuni se întîlnesc rar în clinică, pentru diagnosticul lor este necesară coroborarea datelor endoscopice cu cele radiologice, precum și prelevarea biopsiilor de profunzime prin ciupirea dublă sau triplă sau prin folosirea ansei de polipectomie pentru prelevarea biopsiilor.

Ca particularități endoscopice, pliurile mari, gigante, localizate exclusiv la nivelul corpului se întîlnesc în sindromul

Scanned with OKEN Scanner

Zollinger-Ellison iar hiperplazia celulelor G este limitată exclusiv la antru. Boala Ménétrier este difuză, întîlnindu-se atît în antru cît și la nivelul corpului, dar de obicei modificările corporale sînt mai evidente și mai pronunțate.

EROZIUNILE GASTRICE

Sînt afecțiuni acute sau cronice ce se caracterizează printr-o lipsă de substanță limitată la mucoasa gastrică. Sînt urmarea unor agresiuni, cel mai frecvent medicamentoase. Se prezintă ca eroziuni acute sau cronice.

Eroziunile acute determină arsuri, dureri epigastrice și de foarte multe ori hemoragii digestive superioare.

Se prezintă ca lipsă de substanță, ca erodări sau denudări ale mucoasei gastrice. Leziunile pot fi punctiforme sau mai extinse, cu diametru pînă la 1 cm, rareori mai mari, dar uneori confluente. Sînt superficiale, acoperite cu membrane hematice sau membrane de fibrină. Sînt localizate mai frecvent în antru, dar pot fi localizate oriunde în stomac. Persistă cîteva zile, la început de culoare brună negricioasă, datorită membranei hematice, apoi de culoare alb-gălbuie, se reduc în suprafață, devin lineare și dispar fără urmă. Acest caracter, al vindecării complete, le deosebește de un ulcer superficial, pe cale de cicatrizare.

În cursul unei examinări se pot găsi eroziuni de diferite tipuri, unele acoperite cu membrane hematice, altele albicioase, altele lineare sau mici zone congestive ce reprezintă locul unei recente eroziuni.

Diferențierea trebuie făcută față de cancerele timpurii tip IIc. Numărul mare al leziunilor pledează pentru eroziuni. Dacă însă acestea sînt în număr limitat 1—2, suspiciunea crește. În cancer, marginile sînt ușor burjonate și există o friabilitate mare a țesutului.

Ulcerele gastrice, în evoluția lor spre cicatrizare, pot prezenta un aspect superficial confundabil cu eroziunea. Leziunea unică, convergența pliurilor, vindecarea prin cicatrizare vizibilă pledează pentru ulcer.

Eroziuni superficiale se întîlnesc, de asemenea, pe pliurile gastritelor hiperplazice sau a limfoamelor maligne, fiind semne

Scanned with OKEN Scanner

de diagnostic pe lîngă prezența pliurilor mari, rigide, cu elasticitate redusă.

Eroziunile cronice sau adevărate, complete, sînt defectele mucoasei, inconjurate de o zonă ușor elevată, proliferativă. Evoluează din eroziunile acute, prin persistența cauzei și se pot manifesta prin arsuri sau dureri epigastrice.

Se prezintă sub forma unor proeminențe ombilicate, albicioase sau congestionate, multiple, de aproximativ 0,5—1 cm, dispuse, de obicei, în antru. Ombilicarea este centrală, sub formă unei mici depresiuni de culoare mai roșie sau alb-gălbuie, determinată de o fină membrană de fibrină ce acoperă această mică ulcerație. Rarerori se localizează exclusiv la corp, determinînd așa-numita gastrită varioliformă.

Trebuie deosebite de cancerul timpuriu tip I sau IIa și de polipii mici erodați, sesili. Dealtfel, ca și la polipi, procesul anatomic se poate manifesta prin hiperplazie foliculară. Față de cancer, deosebirea se face prin numărul leziunilor, suplețea peretelui și prin biopsie. Evoluția favorabilă după îndepărtarea factorului agresiv este de asemenea un element de diferențiere.

Față de polipi deosebirea e mai grea dar dimensiunile mici, multitudinea leziunilor, involuția sub terapie și după îndepărtarea elementului agresionar pledează pentru eroziune. Dimensiunile eroziunilor depășesc rareori 0,5 cm pe cînd, în polipoză, cel puțin unii dintre polipi, depășesc aceste dimensiuni. De asemenea, deși pot exista eroziuni și în cazul polipilor, plasarea poate fi oriunde pe suprafața lor, pe cînd în eroziunile cronice, ulcerația este centrală.

POLIPII GASTRICI

Sînt excrescențe, protruzii, ale mucoasei gastrice, sesile sau pediculate, ce proemină în lumenul gastric. Dimensiunile și suprafața polipilor pot fi foarte variate.

Pot fi complet asimptomatici, pot determina un sindrom dispeptic nesistematizat, ce se prezintă ca o vagă senzație de plenitudine, dureri sau disconfort epigastric. Localizați prepiloric sau cardial polipii pot determina insuficiențe evacuatorii

Scanned with OKEN Scanner

sau obstacole prin angajarea în orificiile respective. În aceste cazuri, apar vărsături sau regurgitări.

Pot determina hemoragii digestive superioare sau pot degenera malign.

Din punct de vedere al substratului, pot fi polipi hiperplaziogeni, cei mai numeroşi, hiperplazii foveolare sau polipi adenomatoşi. Cel mai adesea sînt solitari. Cînd numărul lor depăşeşte cincizeci, se vorbeşte de polipoză gastrică.

Dimensiunile sînt foarte diferite, de la cîţiva mm pînă la polipi mari de 2—3 cm.

Endoscopic se constată modificări de gastrită atrofică, în cele mai multe cazuri de polipoză gastrică.

Polipii hiperplaziogeni (proliferări glandulare profunde) sînt cel mai frecvent întîlniţi. De regulă sînt solitari. Sînt sesili sau pediculaţi, cu suprafaţa uşor neregulată. Pot prezenta mici eroziuni acoperite cu membrane albicioase. Dimensiuni variabile de la mm la cm.

Polipii prin *hiperplazie foveolară* se localizează de obicei antral şi se pare că provin din eroziunile cronice. Sînt multipli, sesili, mai rar pediculaţi.

Adenoamele se localizează în regiunea prepilorică sau pericardială, de regulă sînt solitari, sesili sau pediculaţi, au suprafaţa uşor neregulată, muriformă. Constituie leziunea cu risc de transformare malignă, fiind o leziune precanceroasă; reprezintă doar 3% din totalitatea polipilor.

Polipozele reunesc cel puţin 50 de polipi. Pot fi hiperplazii foveolare, polipi hiperplaziogeni sau chiste glandulare. Acestea din urmă se dezvoltă exclusiv la corpul gastric. Polipii adenomatoşi nu determină polipoză.

Din punct de vedere practic, deşi împărţirea amintită (Elster, 1976) este completă, se tinde spre o clasificare simplificată (Ming, 1980) în două tipuri de polipi: hiperplastici şi adenomatoşi. Polipii adenomatoşi constituie leziuni cu risc de transformare pe cînd cei hiperplastici se malignizează rar. De aici obligativitatea îndepărtării polipilor adenomatoşi. Dar pentru aceasta este mai întîi necesar un diagnostic corect al leziunii polipoase. Dificultatea constă în faptul că prin biopsie nu se pot obţine date definitorii asupra substratului morfologic al polipului, atît din cauza exciziei limitate cît şi din cauza variabilităţii substratului pe suprafaţa şi profunzimea leziunii protruzive. Din acest motiv se impune polipectomia endoscopică, recuperarea polipului şi examinarea lui în întregime de către

Scanned with OKEN Scanner

histopatolog, singura metodă ce permite un diagnostic exact. Deci polipii izolați vor fi polipectomizați și examinați în întregime. Dacă polipul este de tip hiperplastic, polipectomia a constituit un act diagnostic. Dacă polipul a fost adenomatos, atunci polipectomia a avut și rol preventiv. Iar dacă se constată prezența unui adenocarcinom, atunci se impune completarea polipectomiei cu rezecția gastrică.

Întrucît aspectul macroscopic, endoscopic nu este caracteristic pentru nici un tip de polip și nu se poate spune dacă acesta a suferit sau nu o transformare malignă, atitudinea descrisă mai sus, a polipectomiei endoscopice, este necesară în toate cazurile de polipi izolați.

În polipoze este necesară excizia a cel puțin 5 polipi pentru un diagnostic care să ofere o siguranță acceptabilă.

Diagnosticul diferențial se face cu următoarele afecțiuni:

a. Leziunile de graniță (Borderline lesion) sînt proliferări polipoide ale gîtului glandelor gastrice ce se găsesc la limita între polipii benigni și neoplazie. Mersul lor este invariabil spre cancer. Se prezintă ca leziuni protruzive, neregulate la suprafață, de dimensiuni variabile, de la cîțiva mm la 1—2 cm, ceva mai friabili. Se impune polipectomia endoscopică;

b. Adenocarcinoamele tip I sau IIa nu se pot deosebi cu certitudine pe baza criteriilor endoscopice vizuale de polipii benigni. Suprafața lor este însă mai neregulată, cu proeminențe și ulcerații mici. În aceste cazuri, biopsia poate fi suficientă pentru diagnostic și dacă se constată prezența cancerului, se impune intervenția;

c. Polipii mezenchimatoși (tumori benigne polipoide) se pot prezenta ca polipi sesili, cînd au dimensiuni mici. Ca semn distinctiv, mucoasa de acoperămînt este de aspect normal sau pot prezenta o ulcerație, uneori profundă. Prezintă semnele distinctive ale tumorilor benigne (semnul cortului, semnul Schindler);

d. Eroziunile cronice se prezintă ca formațiuni polipoide, mici, sesile care, prin ombilicare centrală, capătă un aspect varioliform. Biopsia indică hiperplazie foveolară, ca și în polipii adevărați, deci nu constituie un criteriu de diferențiere. Aspectul endoscopic ca și evoluția favorabilă, prin tratament, după îndepărtarea factorului cauzal sînt elemente de diagnostic;

Scanned with OKEN Scanner

e. Unele cicatrici hipertrofice de ulcer pot avea un aspect polipoid, sînt mai neregulate, întinse în suprafață, prezintă modificări ale mucoasei și ale pliurilor, caracteristice. Se impune biopsia.

TEHNICA POLIPECTOMIEI

Polipectomia se practică numai la polipii mucoși, epiteliali. Dacă sînt prezente semnele endoscopice ale tumorii mezenchimale, subepiteliale polipectomia nu este indicată.

Pentru polipectomie este necesară o sursă de curent de înaltă frecvență (Pneumotom 200 sau 200 A—ACMI), ansa de polipectomie, pensa recuperatoare de polip, sursa de bioxid de carbon și sistemul de împămîntare. De obicei, se folosesc endoscoapele care se utilizează pentru examinări curente.

După reperarea polipului, prin orificiul pentru biopsie se introduce ansa de polipectomie complet trasă în tubul de teflon. Cînd tubul de plastic a apărut în cîmpul vizual se eliberează ansa de polipectomie și se trece în jurul polipului. Dacă acesta este pediculat se va înconjura pedicului la cîțiva mm, în zona de implantare mucoasă, în poziția în care se găsește polipul. În caz contrar prin tracțiune asupra acestuia ansa de polipectomie poate cuprinde și o zonă de mucoasă implicînd pericolul perforației.

În cazul polipilor sesili, ansa va cuprinde polipul foarte aproape de baza de implantare. Se va avea grijă ca vîrful polipului să nu atingă peretele opus al stomacului.

Se strînge ansa și concomitent se apasă pe pedala de contact. Intensitatea optimă de curent se obține prin plasarea indicatorului de intensitate în dreptul cifrelor 40—50. Se acționează asupra pedalei cîteva secunde: se repetă operațiunea de cîteva ori pînă la secționarea polipului.

Se extrage ansa, se aspiră gazul din stomac care conține fum ce împiedică explorarea. După reinsuflare, se repereză polipul secționat. Se introduce pensa de recuperare, se prinde polipul în pensă și se extrage odată cu gastroscopul. În prealabil se controlează locul exciziei, se observă eventuala sîngerare. În mod normal, locul polipectomiei nu trebuie să sîngereze.

Scanned with OKEN Scanner

In cîteva zile, mai ales dacă în stomac există acid clorhidric, pe locul polipului apare un ulcer, uneori destul de profund, de 1—2 cm diametru, care se vindecă spontan în 2—3 săptămîni.

După polipectomie, bolnavul va fi observat timp de cîteva ore. Se pot administra pansamente gastrice. Alimentația este permisă.

În mod obișnuit, polipectomia nu tebuie să fie urmată de apariția simptomelor. Bolnavii sînt sfătuiți să se prezinte la medic dacă apare senzația de plenitudine, durere epigastrică sau slăbiciune, ameteli.

Polipectomia se poate practica în trei scopuri:

1. *Scopul diagnostic* este, de regulă, motivul pentru care se practică polipectomia. Prin recuperarea polipului se stabilește tipul histologic, dacă este benign sau dacă ne aflăm în fața unui cancer de tip I;

2. În cazul extragerii polipilor adenomatoși (diagnosticați sau nu anterior polipectomiei), excizia are și un rol *preventiv*, știut fiind faptul că ei au tendința de a degenera malign;

3. În cazul exciziei polipilor din zona cardiei sau din zona prepilorică, polipectomia are și un rol *terapeutic* dacă aceștia au produs fenomene de obstrucție sau de insuficiență evacuatorie. În aceste cazuri, îndepărtarea polipilor duce la dispariția simptomelor clinice.

Polipectomia poate constitui un act terapeutic cînd s-a îndepărtat un polip care se dovedește a fi deja transformat malign, dacă această transformare este limitată la vîrful polipului și nu infiltrează pedicului sau baza. În aceste cazuri, îndepărtarea endoscopică poate constitui singura operație terapeutică, mai ales dacă ne aflăm în prezența unui bolnav cu risc operator crescut (vîrstnici, cardiaci, bolnavi cu insuficiență respiratorie). Decizia asupra limitării la intervenția endoscopică se va lua prin consult cu chirurgul și anestezistul.

Dacă histologul constată prezența celulelor neoplazice în pedicului sau baza polipului se decide completarea manoperei prin intervenție chirurgicală, deși uneori se pot observa vindecări și după simple excizii endoscopice chiar dacă în pedicul au rămas cîteva celule neoplazice.

Executarea polipectomiei necesită prezența unui endoscopist cu experiență.

Scanned with OKEN Scanner

Introducerea bioxidului de carbon ca mediu în care să se execute polipectomia este obligatorie pentru polipii colici și facultativă pentru polipii gastrici. Noi nu utilizăm bioxidul de carbon pentru excizia polipilor gastrici.

TUMORILE BENIGNE GASTRICE

Sînt formațiuni submucoase tumorale ce iau naștere prin dezvoltarea țesuturilor mezenchimale. Pot fi neurinoame, mioame, leiomioame.

De regulă nu dau simptome; cînd se ulcerează pot produce hemoragii digestive superioare. Prin dezvoltare în regiunea cardiei sau a pilorului pot produce obstrucție sau insuficiență evacuatorie.

Se prezintă ca proeminențe acoperite de mucoasă normală, de obicei mari, peste 1—2 cm. Mucoasa nu are modificări de culoare sau de aspect și nu prezintă alte modificări în afara eventualei ulcerații.

Pentru diferențiere sînt de semnalat două semne importante: semnul cortului și semnul Schindler.

Semnul cortului constă în aspectul de cort pe care-l ia mucoasa în momentul în care ciupim formațiunea în vîrful ei. Mucoasa urmează pensa de biopsie, prin mobilizarea ei de pe formațiune.

Între mucoasa de pe formațiune și cea înconjurătoare se formează niște falduri, sub forma unor pliuri persistente, ce constituie *semnul Schindler*.

Biopsia nu dă diagnosticul pentru că ea se limitează la mucoasă care atît ca aspect cît și histologic este normală, trebuie totuși practicată pentru a elimina posibilitatea unui cancer, mai ales dacă aspectul endoscopic nu este absolut tipic.

Uneori sînt prezente una sau mai multe ulcerații, de regulă profunde, cu margini neregulate. Biopsia de la nivelul craterului poate da diagnosticul. De regulă țesutul este foarte ferm și pensa, alunecînd pe leziune, nu poate preleva material.

Scanned with OKEN Scanner

Polipectomia endoscopică nu este indicată, de aceea formațiunile mai mici, care pot fi confundate cu polipii, trebuie bine examinate și biopsiate, pentru a exclude polipul și deci polipectomia.

DIVERTICULII GASTRICI

Sînt dilatații sacciforme ale peretelui gastric. Se întîlnesc rar și de regulă nu dau simptome.

Endoscopic se prezintă ca orificii, de obicei largi, ce pleacă din lumenul gastric. Se impune diferențierea față de orificiile naturale (pilor), dacă leziunea se află în antru, sau cardie, dacă formațiunea este în această zonă. Mucoasa ce delimitează orificiul este de obicei de aspect normal. Uneori, poate îmbrăca un aspect gastritic și atunci orificiul poate fi ocluzat, invizibil.

BOALA HODGKIN

Se poate întîlni la nivelul stomacului fie ca o determinare secundară în cadrul diseminării afecțiunii, fie ca o manifestare primară sau ca singura manifestare clinică.

În cazul unei boli Hodgkin cunoscute, apariția simptomelor digestive (dureri, dispepsie) pot pune problema existenței unei diseminări gastrice, mai ales dacă se constată unele modificări radiologice. Endoscopic putem constata prezența unui ulcer care îmbracă caracterele malignității (mare, profund, neregulat), sau prezența unor noduli și mucoasă infiltrată, unii noduli fiind exulcerați. Biopsia se impune și în cele mai multe cazuri rezolvă diagnosticul.

În cazul manifestării primare, leziunea se prezintă, de obicei, sub formă ulcerată, ca un ulcer malign și chiar dacă biopsia este negativă, aspectul endoscopic indică intervenția chirurgicală. Diagnosticul se face pe piesa de rezecție și implică explorarea hematologică completă și tratament specific afecțiunii și stadiului său.

Scanned with OKEN Scanner

STOMACUL OPERAT

Constituie o situație nou creată în anatomia gastrică prin intervenția chirurgicală. Suferințele la bolnavii cu stomac operat pot fi de mai multe tipuri:

a. Continuarea suferinței premergătoare intervenției: ulcer peptic postoperator, recidiva cancerului gastric;

b. Apariția unor suferințe noi, comune cu stomacul neoperat: cancer, eroziuni, polipi;

c. Suferințe specifice situației nou create: gastrita de bont, granulomul de fir, obstrucția gurii de anastomoză, sindromul dumping etc.

Simptomele sînt foarte diferite. Ne interesează în principal durerile, caracterul acestora, comparație între caracterul actual și cel preoperator, prezența sau nu a hemoragiilor digestive, vărsăturile și modificările de stare generală.

Examinarea endoscopică a bontului gastric este, teoretic, mai ușoară decît la normal deoarece suprafața de examinat este mai restrînsă. În realitate, diferitele tipuri de intervenție, modificarea anatomiei gastrice cu schimbarea poziției normale a stomacului, necesitatea explorării anselor intestinale, ce pleacă de la anastomoză, refluxul continuu și abundent de bilă, modificarea mucoasei gastrice ca urmare a acestuia, fac examinarea dificilă și pentru interpretarea diverselor aspecte este necesară o experiență corespuzătoare.

Situația anatomică depinde de tipul intervenției.

Cea mai asemănătoare cu normalul este vagotomia cu piloroplastie. În aceste cazuri, se constată un pilor beant dar anatomia gastrică nu e modificată, dimensiunile stomacului sînt aceleași, raporturile și pozițiile se păstrează.

Gastroenteroanastomoza modifică, de asemenea, puțin anatomia gastrică. Aici, pe marea curbură, în dreptul unghiului gastric se constată gura de anastomoză ca un orificiu larg în care se vede o mucoasă palidă cu pliuri dese, transversale, tipice, pentru intestin. De regulă, pilorul este stenozat și se prezintă sub forma unui orificiu punctiform prin care se scurge bilă.

Rezecțiile gastrice reduc stomacul la un bont de diverse dimensiuni. Linia de sutură care reprezintă în același timp gura de anastomoză este de obicei bine vizibilă și separă mu-

Scanned with OKEN Scanner

coasa gastrică roşie aprins de mucoasa intestinală alb-gălbuie, mult mai palidă, cu pliuri dese transversale intestinale.

În anastomoza de tip Péan-Bilroth I, toată gura de anastomoză se continuă cu mucoasă duodenală. Orificiul este de dimensiuni mici, diferenţa între mucoasa gastrică şi cea duodenală nu este foarte pronunţată. Prin orificiu se scurge bilă. Pe prima porţiune, duodenul poate prezenta caracteristicile mucoasei gastrice: roşie congestionată, uşor infiltrată şi numai mai jos apar caracteristicile mucoasei duodenale, cu pliurile mucoasei duodenale specifice. Bontul gastric se prezintă ca un stomac mic fără antru.

În anastomoza de tip Reicher-Polya, bontul gastric este mic, gura de anastomoză largă. Prin aceasta se observă mucoasa intestinală tipică. La cele două extremităţi ale gurei de anastomoză se găsesc două orificii ale anselor, aferentă şi eferentă (de regulă ansa eferentă spre stînga şi cea aferentă spre dreapta).

Metodologia explorării. După pătrunderea în stomac, se va insufla aer pentru destinderea bontului gastric şi, prin înaintare progresivă, se vor urmări pereţii şi modul de terminare al bontului. Este important de urmărit culoarea şi supleţea mucoasei gastrice, accidentele de relief, recunoaşterea gurei de anastomoză, aprecierea dimensiunilor şi comportarea ei în timpul examinării. Se va explora versantul intestinal al gurii de anastomoză, cu multă atenţie, deoarece, de regulă, aici se găseşte ulcerul peptic postoperator şi eventualele fire restante. Uneori, examinarea este dificilă din cauza edemului mucoasei gurii de anastomoză, fapt ce va împiedica explorarea amănunţită a zonei imediat următoare. Se va insista, prin introduceri şi retrageri repetate şi printr-o explorare circulară a întregii circumferinţe. Orice neregularitate sau diferenţă între diferitele porţiuni ale gurii de anastomoză vor fi explorate amănunţit.

Se vor examina, pe distanţe variabile, ansele intestinale aferentă şi eferentă sau duodenul. Explorarea completă şi amănunţită a ansei aferente este necesară, mai ales în cazul unei hemoragii digestive la un stomac rezecat, la care cauza hemoragiei nu a fost evidentă, dezvăluind, uneori, persistenţa ulcerului la nivelul înfundării duodenale.

Linia de sutură longitudinală, de limitare a gurei de anastomoză, situată de obicei pe mica curbură, poate realiza un

Scanned with OKEN Scanner

fald de mucoasă care să proemine în lumen și care poate determina aspecte lacunare la examenul radiologic.

Identificarea ansei aferente se face îndeosebi prin constatarea prezenței bilei. Orificiul prin care se scurge bila va fi cel al ansei aferente.

Bontul va fi explorat complet, inclusiv prin retroviziune, deci zona cardială și fornixul, mai ales la bolnavii cu rezecții vechi de peste 10—15 ani, la care există posibilitatea depistării unui cancer de bont.

Vor fi notate, de asemenea, și căutate chiar eventualele leziuni esofagiene, căci refluxul biliar abundent poate coexista cu un reflux gastro-esofagian însoțit sau nu de hernie hiatală și care poate determina apariția simptomatologiei și a leziunilor esofagitei de reflux.

GASTRITA DE BONT (stomita)

Este inflamația mucoasei bontului, determinată de refluxul biliar abundent. Este caracteristică pentru rezecția gastrică cu anastomoză termino-laterală.

Poate fi o simplă constatare endoscopică și bioptică dar, uneori, poate determina plenitudine, arsuri, durere.

Se poate constata aspectul unei gastrite superficiale sau a unei gastrite atrofice. Atrofia gastrică crește în frecvență pe măsură ce ne îndepărtăm de momentul intervenției chirurgicale.

Gastrita superficială se prezintă ca o îngroșare moderată a mucoasei, cu pierderea luciului, cu congestie pronunțată. La nivelul gurii de anastomoză, linia de sutură îmbracă un aspect polipoid, ca un șirag de mărgele sau de mătănii. Suplețea mucoasei este redusă, uneori este friabilă și poate prezenta mici leziuni de suprafață, sub forma denudărilor sau a ulcerațiilor erozive. Congestia poate fi uniformă sau poate îmbrăca un aspect linear, radiar de la gura de anastomoză spre corp.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu cancerul gastric infiltrativ, care se poate prezenta, mai ales la început, cu aceleași caractere endoscopice: infiltrare, îngroșarea mucoasei, aspect polipoid, congestie și friabilitate. Aceasta cu atît mai mult cu cît stomacul rezecat aparține unui bolnav care a fost operat pentru cancer (pericolul recidivei), pentru ulcer (posibilitatea

Scanned with OKEN Scanner

să fi fost cancer) sau la bolnavii la care intervenția s-a practicat cu mai mult de 10 ani în urmă. Se vor preleva biopsii multiple din toate zonele modificate. Pentru stomită pledează extinderea leziunii, în cancer, modificarea este de obicei limitată pe o zonă mai restrînsă.

Se vor căuta firele restante, care pot induce prezența leziunilor de stomită limitată; extragerea lor, cu ajutorul pensei de biopsie, duce la retrocedarea fenomenelor. Biopsia trebuie totuși prelevată, căci firul poate persista și pe un bont pe care recidivează un cancer.

Gastrita atrofică se constată îndeosebi la corp, mucoasa este subțire, transparentă, lucioasă, cu desenul vascular bine vizibil, „în fund de ochi". Pe acest fond pot apărea mici pete lenticulare, de cîțiva mm pînă la 1 cm, albe-gălbui, ce proemină ușor sub mucoasă. Sînt depuneri grase, colesterolice. Față de acestea se va face diagnoticul diferențial cu cancerul incipient tip IIb prin biopsierea modificărilor constatate. Mucoasa din jurul petelor colesterolice nu este modificată, nici infiltrată.

FIRELE RESTANTE

Pot fi găsite în primele luni pînă la 1—2 ani de la intervenția chirurgicală. Apar înconjurate de o zonă congestivă, infiltrată, a mucoasei gastrice, de obicei la nivelul gurii de anastomoză sau pe linia de sutură longitudinală. Se prezintă ca niște linii întunecate, negre sau verzi, pe fond roșu aprins infiltrat. Folosind pensa de biopsie le putem mobiliza, rezolvînd cu ușurință diagnosticul. Lungimea firelor poate fi foarte diferită; de regulă sînt scurte, în jur de 1 cm, și pot fi extrase cu pensa de biopsie, prin extragere apare porțiunea intramucoasă a firului care este albă, curată; alteori sînt lungi, atîrnă în lumen, sau porțiunea intramucoasă poate avea dimensiuni considerabile. Pot fi unice sau se constată prezența mai multor fire în regiunea liniei de sutură.

Constatarea firelor nerezorbite impune extragerea lor, ele putînd constitui o sursă de hemoragie digestivă, pot să determine ulcerele peptice, să întrețină un proces inflamator (granulomul de fir) manifestat ca o zonă congestivă, infiltrată, friabilă, pe o zonă a liniei de sutură, care, radiologic poate preta la confuzia cu un proces neoplazic.

Scanned with OKEN Scanner

Este o leziune ulceroasă care apare la un operat de stomac, de regulă un fost ulceros.

Simptomatologia se caracterizează prin dureri de intensitate mare, mai mare ca cea dinainte de operație, fără orar fix, fără ritmicitate și fără periodicitate, sînt continui și rezistente la tratament sau la alimentație. Iradiază în sus, în stînga sau în spate.

La examenul endoscopic, numai o mică proporție din ulcerele peptice se găsesc pe gura de anastomoză sau pe versantul gastric al acesteia. Marea majoritate aparțin versantului intestinal. Sînt mari, de peste 1 cm, uneori de 2—3 cm, profunde, cu fundul alb-gălbui, datorită membranei de fribrină, dar, foarte des, craterul este murdar, verzui sau cu zone brune negricioase. Ulcerele mari sînt ușor vizibile și apar imediat în cîmpul vizual. Ele nu pun de regulă probleme de diagnostic diferențial, mai ales dacă se găsesc pe versantul intestinal. Ulcerele mici sînt mai greu de depistat, indiferent dacă ne aflăm în fața unei anastomoze Péan sau Reicher-Polya. De aceea, congestia mucoasei, modificarea reliefului pe o anumită porțiune impun un examen atent căci acestea pot fi semnele existenței unui ulcer. Strîmtarea gurii de anastomoză și procesul inflamator, cu friabilitatea crescută a mucoasei, pot determina mici sîngerări prin atingere cu gastroscopul iar aceasta face și mai dificilă explorarea, mascînd eventualul ulcer. În anastomozele termino-laterale, gura de anastomoză este, de obicei, largă, posibilitățile de explorare sînt mai mari, dar și zona de explorat este mai întinsă. Pentru siguranța excluderii unui ulcer peptic, se impune explorarea amănunțită a întregii circumferințe.

Ulcerele cu localizare pe versantul gastric trebuie diferențiate de un cancer, mai ales dacă operația a fost făcută pentru o asemenea leziune sau pentru un ulcer gastric. Se impune prelevarea biopsiilor multiple.

Ulcerele localizate pe versantul intestinal sînt mari, de regulă profunde, penetrante și ca aspect pot ridica suspiciunea unei neoplazii, datorită anfractuozității, profunzimii și a procesului inflamator care se poate adăuga. Simpla delimitare a gurii de anastomoză și constatarea localizării ulcerului pe versantul intestinal face foarte puțin probabilă existența unui proces malign.

Scanned with OKEN Scanner

În ulcerele peptitce mari, afractuoase, cu craterul murdar, cu prezența unui lichid gălbui în zona de explorat, se poate ridica problema unei fistule gastrocolice.

Dacă persistă suspiciunea neoplaziei, pentru siguranță se pot preleva biopsii.

Pentru explorarea amănunțită a zonei imediat după gura de anastomoză, mai ales cînd mucoasa de la acest nivel este tumefiată, cu aspect polipoid, se poate utiliza gastroscopul cu privire laterală, care permite depistarea eventualelor ulcere peptice.

CANCERUL DE BONT

Este cancerul care se dezvoltă pe un stomac operat la mai mult de cinci ani de la intervenția chirurgicală. Se cunoaște sub denumirea de *cancer primitiv de bont.* Cancerul care apare pînă la cinci ani de la intervenția chirurgicală (făcută pentru cancer sau pentru ulcer gastric) este o *recidivă* de cancer. Bolnavii operați pentru cancer vor fi urmăriți la 3—6 luni radiologic și endoscopic, cu prelevări de material bioptic, pentru excluderea recidivei.

Cancerul primitiv apare numai după aproximativ zece ani sau mai mult după intervenția chirurgicală și frecvența sa este mai mare raportat la stomacul neoperat. Din acest motiv, rezecția gastrică este considerată o afecțiune cu risc și, după zece ani de la operație, se impune dispensarizarea bolnavilor și controlul endoscopic periodic.

De subliniat că situația nou creată prin rezecția gastrică, gura de anastomoză largă, bontul gastric mic, frecvența formelor infiltrative de cancer, fac ca examenul radiologic să aibă o eficiență redusă în depistarea cancerului de bont, mai ales în fazele lui timpurii sau cînd nu are dimensiuni prea mari. În ultima vreme se renunță la examenul radiologic în urmărirea bolnavilor cu stomac rezecat și se face apel la explorarea endoscopică.

Dezvoltarea cancerului poate fi asimptomatică, pot apare simptome discrete, disconfort, presiune epigastrică sau chiar dureri dar, de regulă, se constată o alterare a stării generale, cu slăbire în greutate și anemie.

Cancerul gastric incipient (timpuriu) se prezintă sub aceleași aspecte ca și la stomacul întreg. De remarcat că modi-

Scanned with OKEN Scanner

ficările gastritice și cele postoperatorii fac ca multe dintre aspecte să fie asemănătoare cu cele ale cancerului gastric: stomita, granulomul de fir sau ulcerul peptic. Suspiciunea va crește odată cu îndepărtarea de momentul operator, la peste zece ani, dacă bolnavul a fost operat pentru o afecțiune benignă. Singurul mijloc de diagnostic corect este practicarea biopsiilor multiple.

Cancerele avansate au, de asemenea, caracteristici asemănătoare cu ale stomacului normal. Este de remarcat că formele infiltrative sînt mai frecvent întîlnite și că acestea se pot confunda cu gastrita de bont.

Cancerul primitiv de bont se poate localiza în apropierea gurii de anastomoză sau la distanță de aceasta, pe fornix sau în apropierea cardiei. Uneori, poate fi multicentric. De aceea explorarea va fi completă, cu retroviziune, chiar dacă găsim modificări la nivelul gurii de anastomoză.

Scanned with OKEN Scanner

DUODENOSCOPIA

METODOLOGIA EXAMINĂRII

Pentru a ajunge la pilor și apoi în duoden există două modalități: o cale scurtă, urmînd mica curbură și insuflînd o cantitate minimă de aer necesară, doar pentru a avea lumen de înaintare, se ajunge foarte rapid în antru și în fața pilorului, dar explorarea stomacului este incompletă și se va face la ieșire; cealaltă cale, mai lungă, parcurge marea curbură gastrică după insuflarea completă a stomacului și după explorarea amănunțită a acestuia. Din acest motiv diviziunea indicată pe gastroscop, la arcada dentară, nu constituie un criteriu de apreciere a profunzimii la care am ajuns.

Pilorul va fi explorat atent și amănunțit, urmărindu-se conformația, regularitatea, tonusul, aspectul mucoasei. În mod normal pilorul se găsește închis, punctiform și se deschide intermitent.

Prin deschidere se poate observa încă din stomac duodenul, cu mucoasa alb-gălbuie, mult mai deschisă la culoare decît cea gastrică, subțire, lucioasă. În bulb, de regulă nu sînt pliuri.

Trecerea prin pilor se face, de obicei, ușor dar uneori numai după administrarea unei presiuni constante asupra aparatului. În acest caz depășirea se face brusc și gastroscopul poate ajunge în contact cu unul din pereți producînd o mică leziune, imaginea putînd lipsi sau fiind total neclară. Pentru clarificare se va retrage ușor aparatul, bulbul apărînd ca o mică sferă, cu pereți regulați, supli, către vîrf observîndu-se pliurile transversale, caracteristice. Capătul distal al bulbului este închis, datorită cudurii genunchelui superior.

Pe unul din pereți, se poate observa o mică zonă congestionată sau chiar sîngerîndă, urmare a lezării cu gastroscopul.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru a ajunge în D_2 se înaintează cu aparatul, se mișcă vîrful în jos și la dreapta, iar, după o scurtă perioadă fără imagine, apare porțiunea a doua a duodenului ca un tub circular, cu pliurile transversale, la distanțe mici una de alta, caracteristice, tapetate de conținut biliar, care dă o nuanță galben-verzuie întregii mucoase.

Papila se află în stînga noastră, dar explorarea ei nu este posibilă cu aparatul cu privire axială.

Patologia duodenală este dominată de ulcerul duodenal. Aceasta este cea mai frecventă și aproape singura afecțiune pentru care se practică duodenoscopia. Modificările pe care le induce sînt însă atît de variate încît aspectul duodenului poate fi foarte deosebit, de la un ulceros la altul. De la constatarea unui ulcer superficial, fără alte modificări ale mucoasei bulbare, și pînă la deformări profunde, cu stenoză sau cu diverticuli duodenali, orice aspect este posibil.

ULCERUL DUODENAL

Este o lipsă de substanță ce interesează mucoasa duodenală și poate cuprinde toate straturile duodenului pînă la seroasă.

Simptomatologia este dominată de durere, cu ritmicitatea și periodicitatea caracteristică, arsuri retrosternale, vărsături acide.

Endoscopic, la toți bolnavii cunoscuți sau presupuși ulceroși, se va explora cu atenție esofagul inferior. La acest nivel se găsesc, de obicei, semne de esofagită erozivă, de grad mediu sau grav. Dacă esofagita este foarte pronunțată, cu ulcerații multiple, extinse, ne găsim foarte probabil și în prezența unei stenoze duodenale relative sau complete.

Ulcerele se pot găsi chiar pe pilor, sub forma unor cratere ce-i modifică forma, îl fac oval, iar cele două buze ale ulcerului dau impresia unui pilor cu dublu contur. Craterul ulceros se poate găsi între aceste două pliuri circulare. Uneori, ulcerul piloric poate fi foarte mare și cuprinde jumătate sau mai mult din circumferință. Este acoperit de membrană albă-gălbuie de fibrină. Alteori, ulcerul poate fi superficial, sub forma unor eroziuni care nu au profunzime, acoperite de mem-

Scanned with OKEN Scanner

brana de fibrină. Ulcerul se poate continua, prin prelungiri, pe versantul duodenal al pilorului. În general, ulcerele pilorice deşi au un comportament clinic, secretor şi endoscopic, ca şi ulcerul duodenal, impun prelevarea de biopsii deoarece, în această zonă, se pot localiza şi cancere gastrice. Ulcerele superficiale se vor deosebi de eroziunile superficiale care însă sînt multiple, cu răspîndire mai mare în antru sau şi în duoden, iar membrana este hematică sau fibrinohematică.

Ulcerele duodenale propriu-zise pot fi unice sau multiple, de dimensiuni mari, peste 1 cm, alteori punctiforme. Pot îmbrăca diverse aspecte în suprafaţă: ovale, rotunde, pătate (ulcer „în salam"), în rachetă, în halteră etc. Aceste forme pot trece din una în alta în cursul evoluţiei spre vindecare a ulcerului duodenal.

Mucoasa duodenală este, de obicei, congestionată, roşie aprins, cu luciu pierdut, mai infiltrată, cavitatea bulbară restrînsă, uneori cu deformări şi pseudodiverticuli. Pe acest fond roşu apare leziunea ca o pată gălbuie, cu margini regulate, bine delimitată faţă de mucoasa din jur, cu profunzime mai mare sau mai mică. Uneori membrana de fibrină care acoperă ulcerul estompează în bună parte profunzimea ulcerului astfel încît nu există diferenţe apreciabile de nivel între mucoasa înconjurătoare şi ulcer. În aceste cazuri pata gălbuie trebuie diferenţiată de o simplă pată mucoasă care este însă mobilă sau mobilizabilă. Aceste ulcere, fără profunzime de obicei, nu sînt vizibile radiologic, deşi, uneori, pot fi întinse în suprafaţă, peste 1 cm, uneori multiple.

Dacă sînt profunde, ulcerele sînt bine evidenţiabile, avînd caracterul net de ulcer al mucoasei duodenale. Uneori, profunzimea este deosebită, întrecînd grosimea obişnuită a mucoasei.

Dimensiunile craterului sînt mici, de regulă sub 1 cm; cînd sînt de 1—3 mm, pot fi acoperite cu mici bule de aer, acestea fiind un semn al prezenţei ulcerului. În aceste cazuri, membrana de fibrină nu se vede.

Dimensiunile mari, peste 1 cm, se întîlnesc mai rar, cazuri în care ulcerele sînt profunde şi pot cuprinde un perete întreg al duodenului. Forma variază, după stadiul în care se găseşte ulcerul. Cele mai greu de diferenţiat sînt cele *lineare,* ce se prezintă sub forma unei mici denivelări, cu o lăţime de 1 mm şi o lungime de 1 cm sau mai mult. Pentru diferenţierea faţă

Scanned with OKEN Scanner

de un ulcer cicatrizat se va căuta prezența membranei de fibrină. Aceste ulcere lineare pot fi o fază de precicatrizare, după ce a fost evidențiat un ulcer de altă formă, sau se poate prezenta ca atare la prima examinare în plin puseu dureros sau în cursul unei hemoragii digestive. De remarcat că, uneori, ulcerele lineare sînt foarte dureroase. Pentru evidențierea membranei de fibrină se poate folosi coloratia intravitală cu albastru de metilen, dar urmărirea cu atenție a leziunii, insuflarea de aer pentru destinderea peretelui, permite, în majoritatea cazurilor, un diagnostic exact și în afara coloratiei.

Ulcerele în *rachetă* (de tenis) sînt ulcere rotunde sau ovalare pe cale de cicatrizare. Au o porțiune lineară care se continuă cu un ulcer oval. Dimensiunile pot fi și aici foarte diferite, atît ale porțiunii ovale cît și ale celei lineare.

Ulcerele *pătate* se prezintă ca zone punctiforme, de culoare alb-gălbuie, separate de o mucoasă roșie congestivă. Au fost denumite ulcere „în salam" datorită asemănării cu secțiunea salamului. Acestea sînt de fapt veritabile ulcerații superficiale, extinse pe o zonă variabilă; sînt considerate forme de tranziție între ulcerul rotund și ulcerul linear. Evoluția poate fi în ambele sensuri, adică spre ulcer rotund sau spre vindecare. Uneori, pe lîngă acest tip de ulcer, poate coexista un veritabil ulcer rotund sau ovalar pe același perete sau pe peretele opus.

Ulcerele în *halteră* sînt ulcere duble, unite printr-o linie, ulcer linear sau cicatrice lineară. Ele, de asemenea, reprezintă o fază de tranziție.

Ulcerele *multiple* pot fi două sau mai multe. Uneori, cele două leziuni sînt asemănătoare, aflate pe pereți opuși (kissing ulcer), dar, de multe ori, ele pot avea aspect mixt: ulcer rotund și ulcer pătat, ulcer rotund și ulcer linear etc.

Ulcerele situate spre vîrful bulbului sînt uneori mai greu vizibile dacă se găsesc pe porțiunea cudată a duodenului. Constatarea modificărilor mucoasei la acest nivel, deformările de pliuri, pot fi indicii ale prezenței ulcerului și impun o explorare amănunțită a leziunii, prin pătrunderea în porțiunea a doua a duodenului. Explorarea este mai completă la retragerea aparatului.

În privința notării *localizării* ulcerului, avînd în vedere poziția lateral stîngă în care se face examinarea, utilizăm denumirea anatomică obișnuită. Ulcerele care se află în dreapta,

Scanned with OKEN Scanner

și care continuă curbura mare a stomacului, sînt descrise ca aparținînd curburii mari a duodenului, cele din stînga, curburii mici, cele de sus, peretelui posterior, iar cele de jos, peretelui anterior. Se poate utiliza și o localizare simplificată: cele din dreapta și de sus fiind descrise ca ulcere posterioare, iar cele din stînga și de jos ca aparținînd peretelui anterior. În literatura de specialitate, duodenul este împărțit în: superior, inferior, anterior și posterior, situație ce corespunde momentului examinării, deci poziției ulcerului față de aparat în momentul explorării. Deși comodă pentru examinator, această modalitate de localizare poate crea confuzii pentru chirurg, căci denumirea de ulcer inferior sau superior pot desemna, pentru neavizați, ulcerele mai apropiate sau mai îndepărtate de pilor. Explorarea și descrierea leziunii în cursul unei hemoragii digestive superioare care necesită intervenție chirurgicală de urgență impune localizarea precisă a ulcerului și deci adoptarea localizării anatomice este de preferat.

În ce privește *ulcerele postbulbare* ale radiologilor, acestea corespund ulcerelor ce se găsesc spre vîrful bulbului, în apropierea genunchiului superior sau chiar la nivelul genunchiului. Numai foarte rar, ulcerele pot exista pe porțiunea a doua a duodenului.

În general, peste 80% din toate ulcerele evidențiabile se găsesc în primii doi centimetri de la pilor.

Mucoasa bulbară este, de obicei, mai îngroșată, congestionată, astfel încît aspectul bulbului este caracteristic, lipsit de suplețe, cu pereții tumefiați, cu mucoasă mată, cu lumenul îngustat sau chiar deformat. Modificarea poate cuprinde întreaga mucoasă, pe toată întinderea bulbului, la ulceroșii vechi, producînd deformări importante ale lumenului cu pseudodiverticuli și pliuri mari transversale, persistente, ce iau naștere prin retracție, în urma cicatrizării repetate a ulcerului.

Alteori, la tineri, cu ulcere evoluînd de puțină vreme, modificările bulbului și ale mucoasei bulbare sînt mai puțin importante. Se observă o congestie și edematierea mucoasei periulceroase. În aceste cazuri, ulcerul este înconjurat de un burelet ușor elevat de mucoasa duodenală congestionată, ce proemină în lumen și care face ulcerul ușor observabil, încă din stomac, dacă el se află posterior sau pe marea curbură.

În cazul ulcerelor mici, ce se găsesc pe un bulb profund deformat, vor fi mai greu de diferențiat, mai ales că mucoasa

Scanned with OKEN Scanner

poate fi friabilă și, pe lumenul îngustat, se pot produce leziuni cu tendință rapidă la sîngerare în cursul examinării. De aceea, constatarea unui bulb deformat impune examinarea atentă, cu insuflare continuă de aer și inventarierea leziunilor imediat după depășirea pilorului.

Cicatrizarea ulcerului se poate face linear, sub forma unei mici denivelări spre care converg pliurile, sub forma unei escavații fără membrană de fibrină. Alteori, se constată un pliu transversal, persistent, îngroșat, la vîrful căruia o mică zonă denivelată poate indica locul fostului ulcer. Cicatricile se păstrează un timp limitat după închiderea ulcerului, apoi mucoasa duodenală devine uniformă, persistînd deformarea mai mult sau mai puțin importantă a bulbului. Aceste deformări, pseudodiverticuli, pliuri transversale, îngustare a lumenului, mucoasa mată, mai congestivă, cu supleţea și transparența pierdute sînt semne ale unui duoden ulceros și se găsesc și în afara puseului de activitate al ulcerului.

Stenoza duodenală ia naștere prin evoluția îndelungată a ulcerului duodenal, prin cicatrizări repetate ale acestuia. Lumenul duodenului se reduce pînă la dimensiuni sub cele ale gastroscopului și nu mai permite explorarea pereților duodenali și depistarea unui eventual ulcer. Lumenul se poate prezenta uneori ca un simplu orificiu punctiform, cu desființarea pilorului.

Prezența stenozei duodenale este indicată încă din esofag de existența esofagitei severe, cu ulcerații multiple, confluente. Stomacul este alungit cu resturi alimentare sau cu hipersecreție, aparatul „se consumă" aproape pe toată lungimea sa pentru a ajunge la pilor. Pilorul este șters, iar lumenul strîmtat la un orificiu punctiform. Mucoasa din jurul strîmtării poate fi puțin modificată, în fazele de acalmie, sau poate fi roșie congestivă, inflamată, friabilă, semne ce indică prezența foarte probabilă a ulcerului în zona stenozată.

Stenozele pot fi definitive, organice, sau numai relative, prin adăugarea fenomenului spastic și inflamator în prezența unui ulcer. În aceste cazuri, în plină perioadă dureroasă, stenoza pare completă, fiind imposibil de depășit, cu mucoasa roșie, congestionată, cu modificări esofagiene evidente. Uneori, prin zona de stenoză se poate observa o pată albă constituită de membrana de fibrină a ulcerului. După tratament, odată cu închiderea ulcerului, stenoza poate ceda și aparatul poate pă-

Scanned with OKEN Scanner

trunde cu relativă ușurință peste zona care părea o stenoză foarte strînsă. De asemenea, se constată retrocedarea esofagitei de reflux.

Ulcerul duodenal nu impune, de regulă, un diagnostic diferențial. Modificările profunde ale mucoasei, deformarea lumenului duodenal și prezența ulcerului pot pune problema unui neoplasm. Cazurile sînt, însă, foarte rare și fenomenul proliferativ, marginile proeminente ale ulcerului, friabilitatea foarte mare și constatarea mucoasei duodenale normale în zonele neatinse de formațiune sînt elemente de diagnostic diferențial. În caz de dubiu, se va practica biopsia.

Petele de mucus sînt ușor de diferențiat față de un ulcer, atunci cînd se găsesc pe un duoden nedeformat, prin lipsa modificărilor mucoasei din jur, dar mai ales prin mobilitatea lor. Pot pune probleme atunci cînd se găsesc pe o mucoasă modificată, pe un lumen strîmtat, ce nu permite explorarea amănunțită. Se va încerca mobilizarea lor prin insuflare de aer și apă sau cu pensa de biopsie. Deosebirea trebuie făcută mai ales cînd acestea se localizează pe zone ușor denivelate ce pot constitui cicatricea unui ulcer fără membrană de fibrină pentru diagnosticul diferențial față de un ulcer necicatrizat.

Deoarece există o disociere între simptomatologia clinică și prezența leziunii anatomice, endoscopia este necesară la ulceroșii duodenali. Uneori, constatăm prezența ulcerului în mod surprinzător, la bolnavii complet asimptomatici, după cum, la bolnavii cu simptome supărătoare, pot fi prezente doar semne inflamatorii duodenale sau de deformare a bulbului, fără prezența ulcerului. În asemenea cazuri se va explora la retragere cu atenție esofagul inferior, pentru depistarea eventualei esofagite care poate fi responsabilă de simptomatologia clinică.

Urmărirea eficienței oricărui tip de tratament antiulceros trebuie făcută prin examen endoscopic inițial pentru siguranța existenței leziunii ulceroase, prin urmărirea evoluției leziunii sub tratament și constatarea cicatrizării ulcerului la încheierea terapiei. Nici evoluția clinică și nici aspectul radiologic nu pot constitui criterii obiective de apreciere întrucît, așa după cum s-a mai arătat există durere fără ulcer ca și ulcer fără durere, iar radiologia are un procent prea mare de supradiagnostic sau diagnostic negativ pentru a putea fi utilizată.

Scanned with OKEN Scanner

DUODENITELE

Sînt modificări inflamatorii ale mucoasei duodenale de cauze foarte diferite.

Clinic, se constată prezența unui sindrom dispeptic de tip ulceros sau a unui sindrom dispeptic duodenal: grețuri, apetit capricios.

Endoscopic se constată mucoasa duodenală cu luciu pierdut, congestionată, infiltrată, îngroșată, cu suplețe redusă. Pe acest fond pot exista eroziuni duodenale de tip acut acoperite cu mici membrane de fibrină, sau simple denudări punctiforme sau confluente ale mucoasei duodenale care se prezintă ca pete roșii aprins. Modificările trebuie deosebite de ulcerul pătat, care este localizat și a cărui vindecare se produce prin cicatrice, pe cînd eroziunile duodenitice se vindecă fără urmă.

Este important de semnalat că aspectul duodenitic poate fi întîlnit la bolnavi cu simptomatologie de tip ulceros și cu statusul secretor corespunzător ulcerului duodenal. Ulterior, la acești bolnavi, poate apare ulcerul duodenal, sau aspectul se menține dar evoluția, clinic, este spre ulcer duodenal, fără ca acesta să apară vreodată.

CANCERUL DUODENAL

Dezvoltarea canceroasă tumorală, proliferativă, infiltrativă sau ulcerată este foarte rară la nivelul duodenului.

Simptomatologia poate fi diferită, de la simplu disconfort sau jenă dureroasă la simptomatologie pseudoulceroasă, hemoragii digestive superioare sau sindrom icteric.

Cancerul duodenal se poate localiza la nivelul bulbului sau în porțiunea a doua a duodenului, la nivelul papilei, cînd se numește ampulom vaterian.

Se constată proliferarea duodenală cu caracterele endoscopice ale malignității. Forma proliferativă va apărea ca o protruzie, cu suprafață netedă sau neregulată, anfractuoasă, cu semne de necroză, vizibile la suprafață sub forma unor zone contrastante, cenușii, pe suprafața roșie aprinsă a leziunii. Pot exista, de asemenea, ulcerații. Friabilitatea formațiunii este deosebită,

Scanned with OKEN Scanner

îndeosebi în cancerul ampular, cu sîngerare spontană. Proliferarea poate fi mică, sub forma unor polipi, sau mare, ocupînd o bună parte a lumenului duodenal. Ulcerarea importantă a formațiunii poate crea aspectul de protruzie crateriformă. Biopsia se va preleva din plină leziune, cu ciupituri multiple, în cazul zonelor necrozate, cu două ciupiri succesive din același loc.

Formele infiltrative sînt rare și diagnosticul endoscopic este greu de făcut căci strîmtarea lumenului împiedică explorarea.

Formele ulcerate au aspect caracteristic de ulcer neregulat, cu margini burjonate, infiltrate, friabile, craterul fiind mare, neregulat, acoperit cu membrane murdare, cenușiu-verzui.

Cancerul timpuriu ar trebui să se prezinte sub aceleași aspecte ca și în localizarea gastrică. Raritatea diagnosticării și puținele cancere descrise pînă în prezent nu dau siguranța existenței tuturor formelor descrise de clasificarea japoneză.

Polipii duodenali pot fi prezenți și pot impune diagnosticul diferențial față de un cancer dar ei nu sînt friabili, de multe ori sînt formațiuni submucoase, acoperite de mucoasă duodenală normală, dar siguranța o dă biopsia și desigur examenul histologic.

Ulcerele duodenale vechi, cu deformări profunde, sînt ușor de diferențiat prin simplu examen endoscopic. Dacă, totuși, modificările sînt profunde, ulcerul penetrant, aspectul endoscopic mai neobișnuit, se vor preleva biopsii.

În ampulomul vaterian nu sînt de regulă probleme de diagnostic diferențial. Uneori însă calculii inclavați la nivelul papilei, dacă au dimensiuni mari, pot face ca în zona respectivă să apară o formațiune protruzivă cu mucoasa mai congestionată, situație ce poate fi foarte ușor confundată cu un ampulom. Diagnosticul se face bioptic și prin colangiografie.

Ulcerele penetrante, îndeosebi cele ce au pătruns în pancreas, pot avea un aspect deosebit, anfranctuos, cu profunzime mare și crater neregulat, cu prezența cheagurilor. Mucoasa din jur este însă mai puțin modificată decît în cancer dar și aici biopsia va fi cea care va decide.

Scanned with OKEN Scanner

HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE

Sînt hemoragii ce se produc la nivelul tubului digestiv superior adică din esofag, stomac și primele două porțiuni ale duodenului. Se pot exterioriza numai prin melenă sau prin hematemeză și melenă.

Clinic se traduc prin simptomele caracteristice hemoragiei acute: amețeli, paloare, transpirații reci, lipotimii, hematemeză, melenă.

Pentru endoscopist, modul de manifestare al hemoragiei poate constitui un indiciu diagnostic. Varicele esofagiene, sindromul Mallory-Weiss de obicei merg cu hematemeză. De asemenea, hemoragiile abundente, și care se produc în timp scurt, determină cel mai adesea hematemeză.

Melena arată prezența hemoragiei dar nu este un indiciu de sediu; abundența și numărul scaunelor constituie un element important.

Se va pune întotdeauna și problema hemoragiei extradigestive: hemoptizie, sîngerări dentare cu înghițirea sîngelui, precum și a originii alimentare a colorării scaunului. Ingerarea de produse ce conțin mult sînge (sîngerete), de către un ulceros poate duce la apariția scaunelor melenice, punînd problema unei hemoragii digestive superioare.

Explorarea hemoragiei digestive se poate face în urgență, chiar în plină stare de șoc, sau la distanță de episodul hemoragic acut. Rezultatele cele mai valoroase se obțin prin explorarea bolnavului în primele 24—48 de ore de la prima manifestare a hemoragiei digestive.

Introducerea aparatului este ușurată de starea mai precară a bolnavului și, de regulă, nu este necesară premedicația. Dacă hemoragiile sînt de intensitate mică sau medie și bolnavul este

Scanned with OKEN Scanner

deplasabil, examinarea se va face în serviciul de endoscopie, în poziția obișnuită de explorare. La bolnavii cu hemoragii mari sau în stare de șoc, examinarea se face la patul bolnavului, în serviciul de terapie intensivă, concomitent cu aplicarea mijloacelor de reanimare, în poziția cea mai convenabilă pentru bolnav și pentru reanimator, de regulă în decubit dorsal, cu ușoara ridicare a porțiunii superioare a trunchiului. Aceste condiții speciale de examinare, cu modificarea reperelor obișnuite ale explorării endoscopice, impun un endoscopist cu experiență, care să se orienteze ușor și rapid în stomac și duoden, strict după criteriile anatomice intragastrice. Prezența cheagurilor dispersate și aderente la mucoasă, a striurilor sanguine nu trebuie să fie impedimente în diagnosticarea exactă și să nu ducă la confuzia cu eroziunile acute, superficiale, după cum un cheag mare, aderent, poate masca un ulcer, dar, în același timp, poate fi un simplu cheag fără semnificație lezională.

În mod obișnuit, nu se practică spălătură gastrică înaintea examinării. În foarte rare cazuri, cantitatea mare de sînge, abundența sîngerării pot împiedica diagnosticul și examinarea să devină neconcludentă (tabelul III).

Trebuie avut în vedere că peste 80% din hemoragiile digestive superioare se produc din numai trei leziuni: varice esofagiene, ulcer duodenal și gastrită erozivă. Aceste leziuni vor fi căutate cu precădere în fiecare caz.

Esofagul va fi întotdeauna atent explorat. Varicele esofagiene pot fi colabate, ca urmare a golirii lor de sînge în urma hemoragiei, dar, în mod obișnuit, nu pot scăpa examinatorului.

Tabelul III

Endoscopia de urgență în HDS

Diagnostic	Număr cazuri
Neconcludent	2
Ulcer duodenal	14
Cancer gastric	6
Ulcer gastric	5
Gastrită erozivă	7
Varice esofagiene	3
Ulcer peptic postoperator	2
S. Mallory—Weiss	1
Total	40

Scanned with OKEN Scanner

Mai greu de stabilit este locul sîngerării. Prezența sîngelui roșu aprins nu este un indiciu, căci acesta se poate prelinge la distanță de locul leziunii.

Prezența sîngelui proaspăt, roșu aprins, necoagulat, în zona polului superior al stomacului și în esofag indică originea superioară a sîngerării din varice esofagiene sau, uneori, chiar din varice care se pot găsi exclusiv pe polul superior al stomacului. Diagnosticul varicelor gastrice este mai dificil, impune retroviziunea și vor fi căutate atunci cînd ne aflăm în fața unui bolnav hepatic cu varice esofagiene care nu sîngerează sau chiar fără varice esofagiene, după ce am exclus altă cauză de sîngerare din stomac sau duoden.

În fața unui bolnav cu varice esofagiene trebuie avut în vedere că numai 40—50% sîngerează din cauza varicelor și că sîngerarea poate proveni dintr-o altă leziune concomitentă. Aceasta impune explorarea completă și atentă atît a stomacului cît și a duodenului căci limitarea la prima constatare, aceea a varicelor, poate fi urmată de erori. La bolnavul hepatic pot exista eroziuni acute, urmare a insuficienței hepatice sau a medicației folosite, după cum bolnavul poate prezenta un ulcer duodenal, un ulcer gastric care pot reprezenta sursa hemoragiei.

Eroziunile acute antrale sînt mai greu de văzut dacă mucoasa este tapetată de striuri sanguine aderente, totuși, ele sînt multiple, apar ca leziuni lenticulare sau lineare, sub forma unor denudări mucoase, ce pot sîngera în momentul examinării, sau pot fi acoperite cu membrane brune hematice dacă hemoragia s-a oprit. Uneori, cele două tipuri lezionale pot coexista.

Ulcerul duodenal nu pune probleme deosebite de diagnostic, doar dacă sîngerarea continuă, abundentă, va împiedica explorarea și evidențierea ulcerului duodenal. Observarea pilorului, a scurgerii de sînge roșu din acesta este un indiciu de ulcer duodenal. Explorarea poate fi impiedicată și de deformarea profundă duodenală, care limitează spațiul de manevră al endoscopului. De remarcat că ulcerul duodenal sîngerînd sau care a sîngerat recent este mai greu de observat datorită lipsei congestiei periulceroase și a edemului periulceros. Membrana cu care este acoperit poate fi hematică sau fibrinohematică, după oprirea hemoragiei.

Scanned with OKEN Scanner

Se vor căuta ulcerele de la vîrful bulbului, se va explora genunchiul superior sau chiar porțiunea a doua a duodenului. Aceste ulcere dau mai frecvent hemoragii digestive.

Ulcerele gastrice, în plin puseu hemoragic, își pierd aspectul obișnuit, membrana de fibrină nu este vizibilă. Se poate observa sîngerarea continuă de la nivelul ulcerului sau prezența unui cheag aderent, uneori de dimensiuni mari, ce împiedică aprecierea mărimii ulcerului. În general, în examinarea de urgență nu se face biopsie datorită pericolului redeschiderii unui vas prin pensa de biopsie.

Cancerul avansat, de regulă, sîngerează ocult, îndelungat. Dacă produce hemoragii digestive superioare, endoscopia practicată de urgență stabilește cu destulă ușurință diagnosticul, prin constatarea protruziei sau a ulcerației maligne.

Dintre *cancerele timpurii* mai frecvent produc hemoragii digestive cele de tip IIc sau III. Diagnosticul de cancer se face greu în plin puseu hemoragic, leziunea va fi înregistrată, iar explorarea amănunțită și biopsia se vor practica la o examinare ulterioară, dacă abundența hemoragiei nu impune intervenție de urgență.

Tumorile benigne, îndeosebi neurinoamele, se manifestă ca leziuni proliferative, acoperite cu mucoasă normală și care, pe o anumită porțiune a circumferinței, prezintă un ulcer neregulat, cu marginile sfacelate. Uneori, ulcerația se găsește pe porțiunea inferioară a tumorii, iar depistarea ei este mai dificilă. Se va explora formațiunea atît prin viziune directă cît și prin retroviziune, mai ales dacă nu am constatat o altă sursă de hemoragie.

Endoscopia practicată în urgență are următoarele avantaje:

1. Stabilește exact sediul sîngerării, prin depistarea leziunii responsabile. Aceasta are importanță îndeosebi în cazul constatării de leziuni multiple, căci numai una dintre ele va sîngera iar sursa hemoragiei se poate stabili numai prin endoscopie. Astfel, se va face diagnosticul de varice esofagiene cu gastrită erozivă sau cu ulcer duodenal și se va specifica sediul hemoragiei; la fel, cînd există un ulcer gastric concomitent cu un ulcer duodenal sau un ulcer duodenal și o gastrită erozivă etc. (tabelul IV);

2. Permite aprecieri asupra importanței hemoragiei, prin constatarea modului de sîngerare, în jet, prin scurgere lentă și prin date apreciative privind cantitatea de sînge din stomac;

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul IV

Leziuni endoscopice multiple la bolnavii cu HDS (*96* cazuri)

Sursa HDS	Leziuni asociate	Nr. cazuri
Gastrită erozivă	Varice esofagiene	4
Ulcer duodenal	Ulcer gastric	2
Ulcer peptic	Varice esofagiene	1
Hernie hiatală (esofagită)	Ulcer gastric	1
Gastrită erozivă	Ulcer duodenal	1
Ulcer gastric	Alte ulcere gastrice	2
Total		11

3. Oferă indicii asupra stării hemoragiei în momentul examinării, dacă hemoragia continuă sau dacă s-a oprit. Prezența sîngelui proaspăt concomitent cu cheaguri arată că hemoragia este activă în momentul explorării; mai ales în cazul unor ulcere acoperite de cheaguri mari și unde sîngerarea continuă sub cheag.

Examinarea endoscopică se poate practica însă și la un *interval de zile* de la episodul hemoragic. În aceste cazuri, unele leziuni ca: eroziunile acute, sindromul Mallory-Weiss, se pot cicatriza și pot dispărea. De obicei însă, ele pot fi diagnosticate pînă la o săptămînă de la episodul hemoragic.

În cazul leziunilor duble sau multiple, cîteva zile de la episodul hemoragic se poate încă stabili sediul hemoragiei, indicată de prezența unor mici cicatrici pe varicele esofagiene sau de varicele indemne a unor eroziuni acoperite cu membrane hematice în antru, a unui ulcer gastric, de aspect normal, concomitent cu un ulcer duodenal, care are o membrană fibrinohematică.

Leziunile din sindromul Mallory-Weiss pot semăna perfect cu eroziunile din esofagita erozivă, după cîteva zile de la episodul hemoragic. Localizarea strict pe cardie poate constitui un indiciu. De asemenea, datele anamnestice (vărsăturile incoercibile, sughițul rebel) constituie elemente de diagnostic. Leziunea este, de obicei, unică.

Explorarea practicată la un interval scurt de la puseul hemoragic este mai ușor de executat, sîngerarea este oprită și nu împiedică examinarea, bolnavul a depășit faza critică

Scanned with OKEN Scanner

și poate coopera mai bine, leziunile pe care le constatăm au caractere „tipice" și pot fi mai ușor diagnosticate. Biopsia se poate deja practica, constituind un ajutor prețios în diagnostic.

Explorarea la cîteva zile de la hemoragie are însă dezavantajul că a „pierdut" o parte dintre bolnavi, cei care au fost supuși deja intervenției chirurgicale sau cei care au decedat. În plus, de multe ori, în cazul leziunilor multiple, sediul hemoragiilor poate fi incert, iar uneori leziunile erozive sau sindromul Mallory-Weiss pot fi vindecate.

De aceea, pentru creșterea rolului endoscopiei în determinarea conduitei terapeutice și influențarea favorabilă a prognosticului hemoragiei digestive superioare, trebuie practicată în plin puseu hemoragic, în plină urgență; starea de șoc sau masivitatea hemoragiei nefiind contraindicații, ca, dealtfel, nici vîrsta, deformările toracice sau leziunile asociate (infarct, fracturi, arsuri mari).

Endoscopia întîrziată, practicată la săptămîni sau luni de la puseul hemoragic, se execută, de obicei, la bolnavii proveniți din centre unde nu există endoscop, unde avem de a face cu bolnavi care au fost explorați prin mijloacele obișnuite (radiologie, secreție gastrică) și în urma cărora nu s-a putut stabili cauza hemoragiei digestive (tabelul V).

Și în această situație, endoscopia reușește să elucideze o bună parte dintre cazurile pe care le explorează. Elementele

Tabelul V

Diagnosticul endoscopic al bolnavilor examinați la distanță de la episodul hemoragic

Diagnostic endoscopic	număr cazuri
Gastrită erozivă	25 (33%)
Ulcer duodenal	18 (23%)
Ulcer gastric	8
Cancer gastric	5
Hernie hiatală	2
Cancer esofagian	1
Varice esofagiene	2
Neconcludent	16 (20%)
Total	77

Scanned with OKEN Scanner

și poate coopera mai bine, leziunile pe care le constatăm au caractere „tipice" și pot fi mai ușor diagnosticate. Biopsia se poate deja practica, constituind un ajutor prețios în diagnostic.

Explorarea la cîteva zile de la hemoragie are însă dezavantajul că a „pierdut" o parte dintre bolnavi, cei care au fost supuși deja intervenției chirurgicale sau cei care au decedat. În plus, de multe ori, în cazul leziunilor multiple, sediul hemoragiilor poate fi incert, iar uneori leziunile erozive sau sindromul Mallory-Weiss pot fi vindecate.

De aceea, pentru creșterea rolului endoscopiei în determinarea conduitei terapeutice și influențarea favorabilă a prognosticului hemoragiei digestive superioare, trebuie practicată în plin puseu hemoragic, în plină urgență; starea de șoc sau masivitatea hemoragiei nefiind contraindicații, ca, dealtfel, nici vîrsta, deformările toracice sau leziunile asociate (infarct, fracturi, arsuri mari).

Endoscopia întîrziată, practicată la săptămîni sau luni de la puseul hemoragic, se execută, de obicei, la bolnavii proveniți din centre unde nu există endoscop, unde avem de a face cu bolnavi care au fost explorați prin mijloacele obișnuite (radiologie, secreție gastrică) și în urma cărora nu s-a putut stabili cauza hemoragiei digestive (tabelul V).

Și în această situație, endoscopia reușește să elucideze o bună parte dintre cazurile pe care le explorează. Elementele

Tabelul V

Diagnosticul endoscopic al bolnavilor examinați la distanță de la episodul hemoragic

Diagnostic endoscopic	număr cazuri
Gastrită erozivă	25 (33%)
Ulcer duodenal	18 (23%)
Ulcer gastric	8
Cancer gastric	5
Hernie hiatală	2
Cancer esofagian	1
Varice esofagiene	2
Neconcludent	16 (20%)
Total	77

Scanned with OKEN Scanner

de diagnostic pe care le aduce endoscopia întîrziată în diagnosticul hemoragiei digestive superioare sînt următoarele:

1. Poate depista o leziune care scapă examenului radiologic: varice esofagiene, cancere timpurii (îndeosebi tipul IIc), ulcere duodenale sau chiar ulcere gastrice (situate pe fețe sau sus). Ulcerele duodenale chiar cicatrizate pot fi diagnosticate retrospectiv, pe baza modificărilor duodenale;

2. Elimină leziuni care scapă radiologiei (varice, ulcer duodenal, cancere timpurii), făcînd foarte probabilă posibilitatea unei leziuni acute (eroziuni, sindrom Mallory-Weiss) care s-au vindecat în perioada ce a trecut de la episodul hemoragic. În acest fel, se va ști precis că bolnavul nu are o leziune cronică și că hemoragia trebuie atribuită unei leziuni acute, care poate fi depistată prin coroborarea cu elemente anamnestice: consum medicamentos, alcoolici, perioadă cu vărsături sau sughiț rebel.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

1. Acalovschi, I., Pascu, O., Bonţideanu, A., *Valoarea examenului endoscopic în hemoragiile digestive superioare cu stare de şoc*, Chirurgia, 29 (1981) 6, p. 463.
2. Bockus, H. L., *Gastroenterology*, W. B. Saunders Co., 1974.
3. Clémancon, G. H., *Endoscopy in Ambulant Practice, Gastrointestinal Endoscopy*, G. Thieme Verlag, 1980, p. 69.
4. Demling, L., Ottenjann, R., Elster, K., *Endoscopie et biopsie de l'oesophage et de l'estomac*, Masson et cie, Paris, 1972.
5. Deyhle, P., *Result of Endoscopic Poly-pectomy in the G. I. tract. Gastrointestinal Endoscopy*, G. Thieme Verlag, 1980, p. 35.
6. Elster, K.,, *Klassifikation der Magentumoren, Operative Endoscopie*, Acron Verlag, 1979, p. 205.
7. Fodor, O., *Tratat elementar de medicină internă*, Ed. Dacia, 1974.
8. Frühmorgen, P., Classen, M., *Endoskopie und Biopsie in der Gastroenterol.*, Springer Verlag, 1979.
9. Hirschowitz, B., *Fiberoptics and Research in the last 25 years. Gastrointestinal Endoscopy*, G. Thieme Verlag, 1980, p. 13.
10. Kawai, K., Murakami, K., Misaki, F., *Endoscopical observation of the gastric ulcer*, Endoscopy, 1 (1969), 3, p. 97.
11. Krentz, K., *Integrated atlas of gastric diseases*, G. Thieme Verlag, 1976.
12. Moulinier, B., Bruhiere, J., Ruet, D., Marchat, F., *Atlas Endoscopique*, Bioterax, 1975.
13. Ottenjann, R., Elster, K., *Atlas of Diseases of the Upper Gastrointestinal tract*, Smith, Klein and French, Philadelphia, 1980.
14. Pascu, O., Drăghici, A., *Endoscopia de urgenţă şi întîrziată în hemoragiile digestive superioare*, Med. Int., 31 (1979), 2, p. 137.
15. Puşcaş, I., *Probleme actuale şi concepţii noi în patologia gastroduodenală.*, Ed. Med., 1978.

Scanned with OKEN Scanner

16. Sakita, T., Ogura, Y., Takasu, S. and all, *Observation on the healing ulcerations in early gastric cancer. The life cycle of the malignant ulcer*, Gastroenterology, 60 (1971) p. 835.
17. Si-Chung Ming, *Clasification of gastric tumor, Operative Endoscopy*, Acron Verlag, 1979, p. 189.
18. Stanciu, C., *Gastroenterologie practică*, Ed. Junimea, 1979.
19. Vicari, F., *Progres in the methods of endoscopic diagnosis in gastroenterology. Gastrointestinal Endoscopy*, G. Thieme Verlag, 1980, p. 19.

Aparatele și accesoriile ilustrate sînt de tipul ACMI.

Scanned with OKEN Scanner

SUMMARY

The book is entitled „PRACTICAL GUIDE FOR UPPER DIGESTIVE ENDOSCOPY". For its real practical character and in order to offer the reader an efficient and rapid means of instruction, a maximal concentration of the material was attempted, deliberately renouncing any details that were not considered useful for this instruction, therefore, the theoretical data concerning the digestive diseases in which endoscopy is applied. In other words the principle of the „author's maximal effort" was applied in the concentration, purification and removal of any attractive element that did not correspond to the aim of the book.

In the first part a short survey of the endoscopic instruments is presented. The characteristics of the various devices are described taking into account their destination, as well as the accessories required for a good functionality of the endoscopic unit. Only the elements considered indispensable have been selected which should not exceed the comprehension and skill of the physician, but which would help him in the recognition of the instruments and enable him to order himself the necessary tools. For illustration the ACMI apparatuses long used by the author and giving him full satisfaction, have been chosen.

Then a brief presentation is made of the indications and contraindications of endoscopy, of the examination methodology starting with the preparation of the patient, introduction of the apparatus, position during examination, methods of visual inspection of the oesophagus, stomach and duodenum, with the indication of the main location, marks, the description of the orientation system, progression and possible difficulties that can occur.

The following 3 chapters deal with Oesophagoscopy, Gastroscopy, Duodenoscopy. Each of these chapters begin with the presentation of the normal aspect of the organ, of the lesions that can be encountered, with their positive and differential diagnosis.

In what follows the diseases that can be detected by the exploration of that organ are discussed. The order of presentation and the extension of each affection are not the classical ones found in the textbooks of gastroenterology, but were determined by their frequency and importance from the endoscopical standpoint. Thus, the chapter on oesophagus begins with reflux oesophagitis, that about the stomach with gastric carcinoma and for duodenum with ulcer.

Scanned with OKEN Scanner

As endoscopy is not only a diagnostic means but its application has largely contributed to the changing of the conceptual vieus on a number of diseases (early gastric carcinoma, gastric ulcer, gastric polyps), an attempt was made to emphasize these new concepts from the presented material.

The nosologic frame of each disease in defined for each disease together with some subjective data with the aim of demonstrating the necessity of a brief questioning that must precede each examination.

The typical endoscopic aspect, variants of each lesion, diagnostic modality, the place and contribution of biopsy, differential diagnosis and the possibilities of performing it are not absent in any of the diseases dealt with. Thus, in gastric ulcer emphasis is laid on the obligativity of the examination in view of making the differential diagnosis, on the modalities of performing biopsies for a better diagnostic accuracy; in duodenal ulcer endoscopy is indicated for the positive diagnosis as well as in the follow up studies of the therapeutic effect obtained by using various drugs and in a smaller extent for the differential diagnosis as biopsy is only rarely required.

The particular contribution and role of endoscopy in the diagnosis of early carcinoma is underlined together with the obligativity of the detection and bioptic examination of each lesion characterized by changes in the colour and outline; the indication of endoscopy in advanced carcinoma, its diagnostic contribution in these cases, the data it can provide to the surgeon on the intragastric extension, the involvement of the oesaphagus in the upper pole carcinoma are also described.

The problems of gastric polyps, the necessity of endoscopic polypectomy for the correct histologic typing are also presented as polypectomy may be a prophylactic measure (in adenoma) as well as a therapeutic method (in some cancers, in certain localization).

In the gastric stump the specific lesions are presented: gastritis, residual threads, but also peculiarities of the common diseases (ulcer, carcinoma), emphasizing the obligation of the periodical follow up in patients who underwent a resection 10 years ago or more.

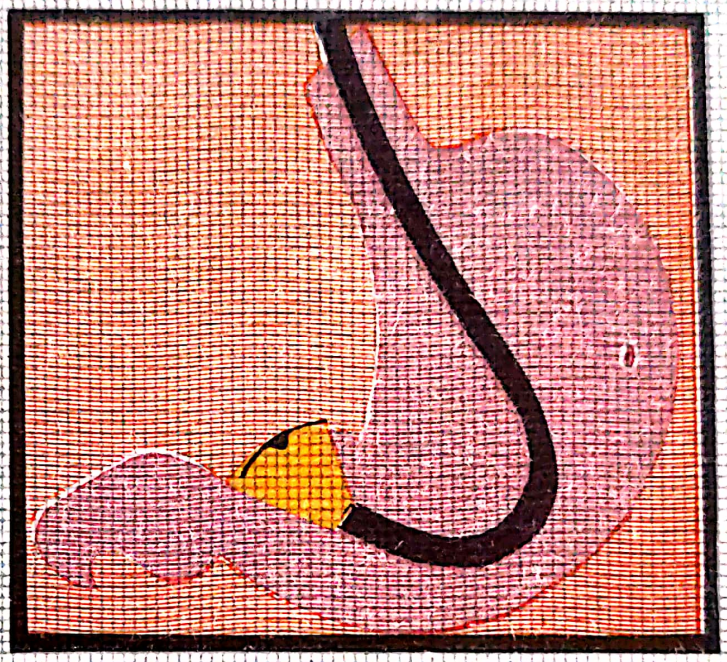
A special chapter is dedicated to the exploration of the patients with upper digestive hemorrhage due to the examination peculiarities and interpretation of such cases. The advantages of emergency endoscopic examination are presented as well as the data provided by this examination if performed several days later or at a large interval after the hemorrhage.

The book represents the expression of the author's personal experience (more than 14 years of practice with over 15,000 endoscopies performed). The facts may explain the lack of agreement of some data compared to those published in the literature dealing with the same subject. The same is the reason of the reduced number of references, the cited publications being only a guide for the completion of the reader's information.

The coloured illustrations are original and were selected in such a manner as to represent almost every described lesion.

Scanned with OKEN Scanner

Lei 10,—



EDITURA DACIA

Scanned with OKEN Scanner